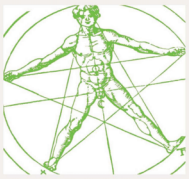
Jeremy Holmes



TEORÍA *del* APEGO *y* PSICOTERAPIA

En busca de la base segura

biblioteca de psicología

DESCLÉE DE BROUWER

TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA

En busca de la base segura

JEREMY HOLMES

TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA

En busca de la base segura

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original:
THE SEARCH FOR THE SECURE BASE.
Attachment Theory and Psichotherapy
© 2001, Jeremy Holmes. All Rights Reserved.
Authorised translation from the English language edition published by Psychology Press, a member of the Taylor & Francis Group.

Traducción: Amaia Trejo y Jasone Aldekoa

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.
Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2009
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Impreso en España - Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-2313-1
Depósito Legal: BI-1.043/09
Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

Índice

Prefacio 9

1. El sistema inmunológico psicológico: una analogía extendida 15

2. Los seis dominios de la teoría del apego 23

3. Teoría del apego y psicoanálisis: en busca de un lenguaje compartido 43

4. Apego en la práctica clínica. 65

5. Perspectiva integradora del cambio en psicoterapia 75

6. Apego desorganizado y falta básica 93

7. Apego y el "self historiado" 113

8. Apego y narrativa en psicoterapia. 135

9. Abuso, trauma y memoria: una perspectiva del apego 159

10. Arte, apego y psicoterapia 179

11. Dinero y psicoterapia 199

12. Finalizaciones en psicoterapia 211

Apéndice: BABI – terapia breve basada en el apego,
una modalidad de tratamiento basada en la teoría del apego. . . . 233

Referencias bibliográficas 255

Índice de materias 265

Prefacio

Decidir el título de un libro equivale a buscar el nombre para un hijo. A los evanescentes placeres de la concepción, les sigue un largo período de gestación, habitualmente una mezcla de anticipación ansiosa, cierta incomodidad y trabajo arduo. Entonces llega el momento en el que el título se hace imprescindible. En primer lugar, de un modo provocador, pensé en "¿Por qué no soy psicoanalista?", pero lo rechacé casi de inmediato –el libro contempla un área común entre la teoría del apego y el psicoanálisis y, simultáneamente, las diferencias entre ambos. A continuación se me ocurrió algo como "Pensando en la escucha". Realmente, los psicoterapeutas cuentan con la habilidad para escuchar y para pensar al mismo tiempo; la teoría del apego reconoce y comprende este proceso, porque el apego seguro se deriva de la habilidad de los progenitores para ver a la criatura como a un ser pensante por propio derecho y para pensar en sí mismos como cuidadores y en su impacto sobre sus dependientes. Una de las hipótesis clave de este libro es que lo que los buenos terapeutas hacen con sus pacientes, equivale a lo que los progenitores con éxito hacen con sus descendientes. Por ello, el título "Pensando en la escucha", me parecía apropiado aunque como frase fuera algo indeterminada e inespecífica. Por último, cuando decidí subtitular el libro con "En

Busca de" dudé sobre "una Base segura" y "la Base Segura". La diferencia puede parecer minúscula, pero la última implica una entidad psíquica universal comparable con "el santo grial", mientras que la primera sugiere una lucha históricamente más inmediata de consenso en las ciencias psicológicas. Al final, opté por el artículo determinado *La* porque transmite una mayor autoridad sobre el concepto de base segura, pero ambos sentidos están implícitos en el libro.

En la última década se ha producido una gran explosión de interés por las ideas y los resultados de investigación que en su conjunto comprenden la teoría contemporánea del apego. La culminación de este aspecto de investigación lo constituye la magnífica compilación elaborada por Cassidy y Shaver (1999). La introducción y aceptación de las ideas sobre el apego entre los terapeutas, especialmente entre los que trabajan con adultos, ha requerido mucho tiempo pero también en esto se han producido cambios, y en la actualidad parece que el apego está en boca de todos. Mi propia perspectiva es reconocidamente clínica y éste es el tercer intento, en los últimos 10 años, de escribir un libro sobre el apego. Comencé por una biografía y exposición de las ideas de John Bowlby quien, con Mary Ainsworth, fue el padre de la teoría del apego (Holmes, 1993). Esto fue seguido por una serie de documentos relacionados con el modo en que la teoría del apego, cuyas principales aplicaciones habían sido el trabajo con niños y familias, podría enriquecer y dirigir la práctica de la psicoterapia con adultos, fundamentalmente en contextos psiquiátricos (Holmes, 1996). El presente libro es, en cierto modo, una continuación de ese proyecto, pero aquí trato de aferrarme más intensamente a las conexiones y diferencias entre el psicoanálisis y la teoría del apego, y desarrollar el tema de la narrativa como concepto unificador que relaciona la práctica clínica, la investigación sobre el apego y la tradición psicoanalítica.

Una de las paradojas de la psicología y de la psicoterapia es que aunque las ideas seminales en esta área aspiren a ser universales, a diferencia con otras ramas de la ciencia, a menudo reflejan tanto la personalidad de sus inventores como el *Zeitgeist* [el espíritu del momento] en el que estaban trabajando –tranquilizador para aquellos que

confiaban en la contra-transferencia. Ciertamente, mi propia combinación de evitación y ambivalencia ha determinado que yo haya oscilado en mi relación con el psicoanálisis desde que se hizo comprensible para mí, siendo profundamente atraído por él y mostrando simultáneamente sospechas sobre sus insights y misterios. Aparentemente es en la teoría del apego donde he encontrado mi hogar, una teoría que era, por lo menos en sus orígenes, ambivalente en su relación con el psicoanálisis. Pero soy por naturaleza integrador, una cualidad que sin lugar a duda refleja, en cierto grado, cierta dosis de cobardía e incapacidad para aceptar la agresión sana, pero también presenta virtudes cuando impide que ningún paradigma psicológico reine a sus anchas. Lo que escribo está necesariamente influido tanto por mis propios puntos fuertes y mis debilidades, como por el contexto obligatoriamente integrador en el que trabajo como consultor psiquiatra de psicoterapia en un Servicio Público de Salud.

Al tratar de evaluar las contribuciones relativas del psicoanálisis y la teoría del apego, adopto una perspectiva integradora, con la esperanza de que cada disciplina pueda iluminar a la otra. La teoría del apego atribuye a la búsqueda de la seguridad la supremacía sobre el resto de los motivadores psicológicos y contempla el vínculo de apego como el punto de partida para la supervivencia, una precondición para todas las interacciones humanas significativas. El psicoanálisis parte más del deseo que de la seguridad. Para Freud, lo que nos vincula con el objeto no es tanto la necesidad de protección sino la libido, la gratificación que se deriva de la satisfacción de la necesidad oral. Esta polarización se reduce a las relaciones de objeto en lugar de adoptar la perspectiva psicoanalítica clásica. Bowlby (1988) insistía en que la teoría del apego no era más que una variante científicamente sostenida de la teoría de las relaciones de objeto, y la conocida afirmación de Fairbairn (1952) "el sexo es un señalizador para el objeto" es un concepto igualmente convergente.

Tanto la teoría del apego como el psicoanálisis pueden ser descritos como teorías binarias. El amor y el odio, eros y tánatos, el instinto de vida y el instinto de muerte, la escisión y la integración, son polaridades con las que trabaja el psicoanálisis. Polaridades equiva-

lentes en la teoría del apego son la aproximación y la evitación, la seguridad y la inseguridad, el apego y la pérdida.

Bowlby (1988) contrasta la búsqueda de proximidad con la huída cuando el individuo percibe o teme el peligro, que, en circunstancias normales, sería una huída a la base segura. La patología severa se produce cuando un individuo se enfrenta al peligro pero no dispone de la sensación de una base segura a la que dirigirse –o, incluso peor, si la supuesta base segura es en sí misma la fuente de la amenaza. La agresión no provocada, dirigida hacia uno mismo o hacia los otros, puede derivarse del exceso de ansiedad provocado por un dilema no resuelto (Fisher-Mamblona, 2000). Otros aspectos de la agresión pueden ser parte de los impulsos exploratorios, territoriales o de búsqueda normales, y también pueden constituir los medios para mantener un vínculo seguro. En psicoanálisis, la contrapartida de la libido es el instinto de muerte y sus manifestaciones en emociones como la envidia, la ira y la perversidad. Una psicología segura necesita ser capaz de contemplar todas estas ideas, y otras adicionales.

La claridad de visión es esencial en cualquier teoría psicológica, especialmente en ésas que informan a la psicoterapia. La investigación psicoterapéutica sugiere que los terapeutas con modelos claros obtienen mejores resultados que aquellos cuyos cimientos teóricos son más difusos. Pero tanto el psicoanálisis como la teoría del apego pueden correr el riesgo del reduccionismo, en el sentido de contemplar todos los fenómenos psicológicos como manifestaciones de uno u otro aspecto de su teoría. Además, ambos cuentan con matices morales implícitos, que igualmente pueden ser origen de puntos fuertes o débiles. La teoría del apego contrasta el apego seguro y el inseguro y considera al primero como un estado deseable a buscar en la psicoterapia. Al contrario de quienes presentan un apego inseguro, o presentan patrones desorganizados, las personas con apegos seguros son más propensas a considerar a los demás como seres sensibles y, por ende, a generar compasión y consideración en sus relaciones. Del mismo modo, el psicoanálisis kleiniano trata de fomentar un avance hacia el pensamiento de posición depresiva en el que el self y el otro se consideran en su totalidad como objetos, mezcla de bueno y malo,

en contraste con la posición esquizo-paranoide, que se basa en la escisión y la proyección y, por lo tanto, distorsiona la realidad de formas maladaptativas.

Estas sofisticadas versiones psicológicas sobre lo que implica llevar una buena vida pueden convertirse en clichés, en los que se niegue su sutileza y complejidad. Los diferentes patrones de apego inseguro a menudo suelen coexistir con la seguridad y pueden producirse oscilaciones entre ellos, del mismo modo que la tensión entre la posición depresiva y la posición esquizo-paranoide nunca se resuelve completamente. En este aspecto las dos teorías se aproximan no sólo en sus modelos evolutivos sino también en sus mapas morales. Disponer de una base segura favorecerá el pensamiento de la posición depresiva y, por el contrario, la capacidad para relacionarse con los objetos en su totalidad facilitará el logro de una base segura en las relaciones.

Esto nos lleva al tercer filamento de este libro: el vínculo entre el apego y la narración. F.R. Leavis (1975) describía la novela como un "cuento moral", y las historias que nuestros pacientes nos relatan no sólo revelan los patrones de apego y el equilibrio entre la posición depresiva y el pensamiento paranoide, sino también un universo moral de sentidos y atribuciones en los que debemos introducirnos si deseamos establecer un vínculo de apego o una alianza terapéutica. La vida psicológica queda reflejada en historias, y de ahí parten los psicoterapeutas, al ayudar a sus pacientes a comenzar a relatar su historia, para dar sentido a las historias en las que están atrapados y para liberarlos de las historias distorsionadas que les han podido ser impuestas o que han podido aprender a relatarse ellos mismos.

Este énfasis en las historias nos sirve como recordatorio de que este libro es más el trabajo de un terapeuta que el de un teórico o un investigador. Me veo, sobre todo como anfitrión y catalizador, que invita a los pacientes y a los colegas a un espacio en el que podría generarse el pensamiento creativo. Un catalizador, literalmente, es algo que aproxima suficientemente los reactivos para que puedan comenzar a interactuar. Un libro como éste es también un catalizador en el sentido de que acoge las ideas, los hallazgos científicos e historias vitales de otras personas con la esperanza de que el lector,

como huésped, pueda extraer cierto disfrute y comprensión de los mismos. En esta misma línea, este trabajo no hubiera podido vez la luz si no llega a ser por la red de relaciones y apegos en los que algunas veces soy el anfitrión y otras el invitado.

Concluyo, por lo tanto, reconociendo muchas deudas de gratitud. En primer lugar y sobre todo, como siempre, a mi familia, y especialmente a Ros y Josh, que me aportaron la base segura sin la cual cualquier exploración o descubrimiento se ven comprometidos por la ansiedad y, por lo tanto, no hubieran sido disfrutables. En segundo lugar, agradezco enormemente a mis pacientes, no sólo porque me permiten desarrollar mi fascinante y recompensante trabajo sino también, irónicamente, por ayudarme a través de su dolor, a conocerme a mí mismo. Espero que no se opongan a la presentación de los casos ilustrativos de este libro, que son al mismo tiempo auténticos y falsos –he tratado de inventar, modificar y convertir en anónimo el material clínico, de tal modo que siga siendo fiel a la vida, al mismo tiempo que he mantenido la confidencialidad. Agradezco de corazón a quienes me han concedido explícitamente el permiso para que relate sus historias. A continuación, agradezco a mis colegas, amigos y familia, a quienes muchas de las ideas de este libro les resultarán familiares, porque se han derivado de nuestras conversaciones, correspondencia, supervisiones y seminarios, entre otros a Nic Sarra, Anthony Bateman, Ros Holmes, Lorne Loxtercamp, Judy Malone, Chris Evans, Glenn Roberts, Peter Fonagy, Anna Harrison-Hall, Howard Steele, Sebastián Kraemer, Adelheid Muller, Arietta Slade y Robert y Lorraine Tollemache. Por último, agradezco también a quienes me han invitado y animado a compartir mis ideas en diversas conferencias y seminarios, especialmente a Peter Hoey, Jon Monson, Tony Bates, Charlie Hampson y Ian McIlwain. Parezco ser un miembro de esa especie que necesita un estímulo externo para pensar y para trabajar. Nada favorece más la concentración mental que el conocimiento de que uno está obligado a dar una conferencia, en un lugar determinado, en un futuro no muy lejano. Este libro es la destilación de esa combinación de miedo y exaltación. Espero que resulte interesante y útil al lector.

1 El sistema inmunológico psicológico: una analogía extendida

La medicina moderna comenzó con el descubrimiento que realizó Jenner de la vacuna contra la viruela. La idea de los agentes patológicos y de las defensas del organismo contra ellos –la ciencia de la inmunología– sigue siendo un paradigma central en la medicina, incluso aunque ahora se reconozca que la enfermedad se origina cuando las defensas mismas se desordenan y que la enfermedad puede generarse a partir del cuerpo mismo o desde el exterior.

La defensa y la integridad del organismo individual son elementos centrales en la salud física. La teoría del apego adopta como punto de partida una necesidad similar de seguridad psicológica, y considera que gran parte de la enfermedad psicológica se debe al peligro a que se exponen los sistemas de seguridad. Para Bowlby (1988), la clave de la seguridad psicológica se encuentra en el vínculo de apego. El bebé vulnerable en la sabana ancestral necesitó garantizar la proximidad hacia sus cuidadores para poder defenderse de la depredación. Las respuestas de apego madre-bebé (es decir, llamadas de angustia y búsqueda de proximidad) le mantienen seguro de la macrodepredación y le ayudan a regular sus estados emocionales, del mismo modo que el calostro que ella le proporciona, rico en anticuerpos, le permite mantener a raya a los microorganismos.

Para Winnicott (1965), como es sabido, "no hay algo como un bebé, sino sólo madre y bebé juntamente". Nuestra seguridad física y psicológica depende completamente de nuestras conexiones con las demás personas. Parafraseando a Auden (1962), debemos apegarnos a los demás o morir. La amenaza se deriva ahora no tanto de la competición entre especies, sino entre los miembros de nuestra especie –el Extraño– y, como también señala la idea del complejo de Edipo, a partir del hecho de que ésos a quienes amamos son también competidores y rivales potenciales. La competencia relacional en la vida adulta surge a partir de los patrones de apego de la infancia. En el Capítulo 3, analizaré en detalle el modo en que el estrés y el trauma sufridos durante la infancia tienen efectos a largo plazo en nuestra competencia relacional adulta, incluyendo nuestra habilidad para ser progenitores –un hallazgo que se aplica a los primates en general y no sólo a los de nuestra propia especie (Rosenblum et al., 1994). En el Capítulo 7 se muestra cómo los patrones de apego proporcionan un mecanismo psicosocial para la transmisión intergeneracional.

Los afectos y sus trastornos son centrales a muchos trastornos psicológicos y cada uno de ellos puede contemplarse en términos del apego. El sistema inmunológico psicológico está mediado a través del *afecto*. Nuestros sentimientos nos alertan cuando nosotros mismos o nuestros seres queridos están en peligro. Como señalaba Bowlby (1988), enamorarse implica esencialmente establecer un vínculo de apego, bien sea entre dos adultos o entre un progenitor y una criatura. Cuando un vínculo de apego se ve perjudicado se produce la tristeza y algunas veces la depresión, si está amenazado se produce ira y angustia. La manía es una sensación triunfante y falsa de que se puede prescindir completamente o formar sin esfuerzo alguno los vínculos de apego. El miedo excesivo al ataque subyace a muchas fobias, y las amenazas al estatus dentro del grupo desempeñan una parte importante en la aparición y mantenimiento de la depresión. El trastorno límite de personalidad puede verse como un trastorno de la regulación del afecto en el que, por ejemplo, amenazas leves a un vínculo de apego tenue se experimentan como devastadoras y desequilibrantes.

La auto-estima y la seguridad están íntimamente vinculadas. Nos sentimos bien con respecto a nosotros mismos en la medida en que nos sentimos partes de una red familiar y relacional y somos valorados dentro de esa red. En la gestación de tal grupo sentimos que "no podemos fallar". A medida que progresamos en nuestros asuntos –que son, en su mayor parte, relacionales– constantemente estamos valorando situaciones y nuestra participación en las mismas. La capacidad para negociar y pensar sobre las relaciones –tanto si son afiliadoras como aversivas– aumenta las oportunidades de mantener la integridad y seguridad de los individuos y de optimizar su "potencial para el sostenimiento de los recursos" (Gilbert, 1997). Pero del mismo modo que el sistema inmunológico puede reaccionar excesivamente ante la amenaza de condiciones alérgicas como el asma, o contra uno mismo en las enfermedades auto-inmunes, este mecanismo de valoración puede ser defectuoso, especialmente cuando los vínculos de apego son débiles. Los pensamientos negativos, como pensar en los peligros potenciales para uno mismo en las nuevas situaciones, son imprescindibles si hemos de evaluar las posibles amenazas con que podemos encontrarnos. Al igual que la fagocitosis de células potencialmente cancerígenas realizada por linfocitos, estos miedos suelen estar dispuestos normalmente por el "sistema inmunológico psicológico" y desterrados al inconsciente. Si disponemos de una buena auto-estima, basada en un apego seguro, sabemos que estaremos bien. Pero en ausencia de una base segura, pueden ser persistentes. En estos casos, los contratiempos más pequeños pueden convertirse en desastres; el mundo se convierte en amenazador; el dolor mental asociado a la pérdida de estatus, en lugar de servir como estímulo para la formación de nuevos apegos, puede adquirir vida propia y ser percibido como sobrecargante.

Un concepto clave en inmunología es el reconocimiento del self-el otro y su ruptura en la enfermedad. El fracaso en la normal diferenciación del self y del otro es central en el trastorno psicótico. En la paranoia, los pacientes pueden atribuir a la realidad intenciones malévolas que pertenecen al self propiamente. En la esquizofrenia, se ve afectado el sistema de clasificación normal mediante el cual

distinguimos nuestros propios pensamientos y sentimientos de las percepciones externas. En consecuencia, los pacientes se sienten desnudos y expuestos –sin defensas– y pueden reaccionar con terror extremo, distanciamiento y, ocasionalmente, con contraataques violentos.

En los trastornos auto-inmunes, los cuerpos atacan a sus propios tejidos como si éstos fueran extraños e intrusos. Un proceso similar ocurre en la auto-denigración y en los pensamientos intrusos indeseados de la depresión, que son objeto de gran parte de la terapia cognitivo-conductual. El exceso de respuesta inmune se observa en condiciones atópicas como el asma; los trastornos de ansiedad y el apego ambivalente presentan rasgos similares. Algunas veces no se produce la respuesta inmune apropiada; una analogía puede hallarse en los individuos emocionalmente promiscuos que, a menudo, padecen trastornos límites, y que suelen ser incapaces de protegerse de los abusos emocionales.

El psicoanálisis reconoció mucho tiempo atrás la existencia de los "mecanismos de defensa", originalmente examinados de forma sistemática y clasificados por Anna Freud (1936; Valliant, 1993). En el psicoanálisis clásico, las defensas son simultáneamente necesarias –es útil no ser consciente de sentimientos eróticos y agresivos potencialmente disruptivos– y cansinas –el esfuerzo de eliminar tales pensamientos de la conciencia limita y compromete las posibilidades de amor y auto-asertividad. La resolución por la que optó Freud ante esta dicotomía consistió en defender que, "donde está el *id* debería estar el *ego*"; en otras palabras, el auto-conocimiento es el mayor bien, pero los sentimientos deben ser contemplados por lo que son y no deben ser interpretados. Una versión del apego sobre este particular señalaría que la comprensión del afecto y de la imaginación –de uno mismo y de los demás– son esenciales para la supervivencia si hemos de negociar los caprichos de la vida interpersonal. La capacidad para reflexionar sobre la propia historia es un rasgo de apego seguro en el que las personas descubren una vía intermedia entre sentirse sobrecargados por la emoción en el apego ambivalente y la tendencia al descuelgue de la posición evitativa.

Una perspectiva del apego sobre la defensa subraya más el aspecto interpersonal que el intrapersonal. Los mecanismos de defensa describen patrones particulares de las relaciones íntimas. Un individuo con apego seguro puede confiar en el apoyo de los demás (a través de la "base segura") cuando lo necesite y puede hablar con coherencia y afecto apropiado sobre el dolor y la dificultad psicológica (Hesse, 1999). Si la "inmunidad" conferida por el otro protector es subóptima, se logrará un compromiso en el que el individuo sacrifique algunos aspectos de su vida psíquica a cambio de una seguridad módica. La estrategia evitativa implica permanecer próximo a un otro protector, pero sin aproximarse excesivamente por miedo al rechazo o a la agresión –aquí se sacrifica la medida de intimidad en la que el afecto se "desactiva" (véase Mallinckrodt, 2000). El individuo ambivalente ha sido objeto de respuestas incoherentes en situaciones de angustia y por ello se aferra al cuidador incluso en ausencia de un peligro. En este caso se produce una "hiperactivación" de las respuestas de apego y se prescinde de la exploración y de la autonomía a cambio de obtener seguridad.

Los apegos desorganizados se asocian con los cuidados traumáticos. El trauma supera y trastorna por completo al sistema inmunológico psicológico. Las respuestas y las narraciones desorganizadas carecen de cualquier estrategia coherente y clara de auto-protección. Tienen a surgir cuando el cuidador mismo es la fuente de la amenaza, siendo el abuso infantil un ejemplo extremo de este caso. Esto establece la oscilación típica de aproximación-evitación observada en los trastornos límites. Versiones menos peligrosas surgen cuando el cuidador mismo ha sido objeto de trauma, y por lo tanto parece incapaz de afrontar la angustia del bebé. En ambos casos, la criatura puede recurrir a medidas defensivas extremas para mantener cierto tipo de coherencia interna: escisión, disociación, inversión de roles y tendencia excesiva al control.

La inmunología recurre a diversos métodos para acelerar u, ocasionalmente, para decelerar los mecanismos de defensa del individuo. La terapia misma puede verse como un tipo de "inmunización pasiva" en la que la presencia temporal de un terapeuta aporta una

medida protectora. Esto es especialmente relevante para la interacción (Heard & Lake, 1986) en la psicoterapia de apoyo y en la terapia conductual cuando el terapeuta adopta explícitamente la posición de la base segura a fin de ayudar a los pacientes a afrontar sus miedos. Una presunción básica es que la auto-conciencia en inherentemente protectora. Cuanto más uso podamos dar a nuestra imaginación para conocernos mejor a nosotros mismos y a los demás, más propensos seremos a ser adeptos a negociar el mundo interpersonal en el que habitamos (Humphrey, 1984). Una de las finalidades claves de gran parte de la psicoterapia, tanto si es dinámica como si es cognitiva, consiste en fortalecer la conciencia de nuestra propia vida mental –la "competencia narrativa" es el equivalente psicológico de la competencia inmunológica (Holmes, 1992). En la última, alrededor del momento del nacimiento, el cuerpo se "reconoce" y, en consecuencia, puede distinguir entre sus propias estructuras antigénicas y las de los posibles patógenos. Del mismo modo, llegar a reconocerse psicológicamente y a distinguir entre los propios sentimientos y los ajenos y, en definitiva, a comprender la naturaleza representativa del pensamiento mismo (Cf. Fonagy, 1997), es una clave para la supervivencia psicológica.

Los terapeutas tratan de crear algunos parámetros de base segura en sus relaciones con los pacientes: coherencia, fiabilidad, responsividad, proximidad no posesiva, límites firmes. Esto, se espera, que sea internalizado como un "lugar" en la psique al que el paciente pueda recurrir cada vez que lo necesite, incluso una vez concluida la terapia. Fonagy (1991) y Meins (1999) defienden que un rasgo fundamental de los progenitores de niños y niñas con apegos seguros es su "mentalidad-mental" o función reflexiva, la habilidad para empatizar con sus hijos e hijas y verlos como seres diferentes con sus propios sentimientos. La mentalidad-mental es también una destreza terapéutica crucial.

¿Cuál es el "mecanismo" que subyace a esta responsividad empática? El sistema inmunológico trabaja sobre un principio evolutivo de selección natural. Existe una enorme variedad de linfocitos-T, cada uno de ellos con diferentes receptores sobre su superficie. Cuando

se encuentran ante un nuevo antígeno, estas células inmunológicas con configuraciones complementarias son "seleccionadas" para que proliferen y sean capaces de montar una respuesta inmune en todo su esplendor la próxima vez que se encuentren ante el antígeno. La empatía depende, probablemente, de un mecanismo análogo. Como cuidadores, para podernos poner en la piel del otro, tomamos un pequeño fragmento de nuestra propia experiencia y la amplificamos a fin de que se adapte a la de la otra persona que está a nuestro cargo. De este modo, se hace uso de nuestra propia experiencia como receptores de cuidados cada vez que nosotros mismos nos convertimos en cuidadores. Del mismo modo que el experto en enfermedades tropicales debe estar inmunizado contra los organismos que probablemente encontrará, la terapia personal para los terapeutas puede considerarse como un proceso de inmunización, no sólo para protegerse y proteger a sus pacientes de ellos mismos, sino también para ampliar el abanico de experiencias a las que los terapeutas puedan recurrir al trabajar con los clientes.

Un aspecto final en esta analogía extendida se refiere al conocimiento consciente e inconsciente de los mecanismos psicológicos inmunológicos. La mayoría del tiempo, dejamos de ser conscientes tanto del rol que desempeña la necesidad de seguridad en nuestra vida cotidiana como de los quehaceres de nuestros linfocitos. Un niño de cinco años de edad que, mientras juega en el patio del colegio, ha recibido un golpe en la rodilla puede mantener una actitud valiente hasta el momento en que sus progenitores llegan a recogerlo, cuando rompe a llorar (véase Capítulo 3). No ha estado esperando conscientemente su llegada, pero la respuesta de apego sólo puede activarse en presencia de una base segura. Nuestras medidas de seguridad están biológicamente programadas y no deben alcanzar necesariamente la conciencia para que sean activadas. Además, también puede existir un elemento de represión activa. Se ha sugerido que los sentimientos de dependencia y vulnerabilidad se mantienen mejor en la conciencia, porque otros son una fuente potencial de riesgo, e incluso ser consciente de la debilidad puede equivaler a revelarla (Nesse, 1990). En algunas ocasiones puede beneficiarnos no ser conscientes

de nuestra vulnerabilidad, sin embargo muchos de nuestros pensamientos y conductas pueden estar influidos por ella.

Aquí encontramos un vínculo con el aumento de individualismo y con la ampliación de la terapia como una presencia cultural. En las sociedades tradicionales, la familia y el grupo tribal proporcionan la base segura, con una jerarquía de los cuidadores disponibles (Van Ijzendoorn & Sagi, 1999), aunque curiosamente, la madre se encuentra siempre en la cima de la pirámide. Siempre que el individuo se halle en el seno del grupo, se siente seguro. En las fuentes externas se localiza la amenaza y la enfermedad se atribuye a los celos y a los poderes de brujería, aunque en algunos casos la responsabilidad se atribuya (i.e., desde dentro del grupo) a los ancestros airados.

Como este patrón tradicional ha sido reemplazado por la familia nuclear y subnuclear, el individualismo, la anomia y la alienación se han convertido en los temas de la vida psicológica moderna. Se ha de construir una base segura en uno mismo en la medida en que no podemos hallarla en el exterior. La perspectiva neo-kleiniana sobre Edipo advierte un logro en la capacidad para soportar las situaciones externas –la libertad de pensamiento es el precio que compensa la pérdida de la posesión exclusiva de la madre (Britton, 1999). Del mismo modo, una "base interna segura" (i.e. una representación o "modelo de trabajo" que confiera seguridad) ofrece una libertad de movimientos, tanto literal como emocionalmente que quizá no era posible obtener en las sociedades tradicionales. Pero sin un sistema psicológico inmunológico que funcione bien, el camino hacia la libertad conduce al caos y al fracaso. Aceptamos que la inmunización universal es necesaria para la salud física de nuestros niños y niñas. Bowlby (1988) insistía en que el fomento de la seguridad psicológica es un aspecto igualmente importante de la salud pública. Este libro ha sido motivado por un esfuerzo similar para defender la estabilidad psicológica y la seguridad mediante la psicoterapia, otros métodos de tratamiento de la psiquiatría y la sociedad en general.

2 Los seis dominios de la teoría del apego

Como modalidad terapéutica, la teoría del apego ha disfrutado de un prolongado proceso de gestación, en parte debido a su ambivalente relación con el psicoanálisis, el cual, junto con la etología, fue uno de los principales pioneros. Esto ha tenido simultáneamente un efecto favorable y uno desfavorable. Medio siglo de investigación cimientan ahora los enfoques de terapia desde la perspectiva del apego, y los profesionales disponen de la seguridad de que sus intervenciones se basan en pruebas y no en una autoridad no demostrada o en la persuasión. El objetivo de este capítulo es sintetizar la contribución de las ideas relativas al apego a la práctica psicoterapéutica. Implícita se encuentra la idea de que los factores generales o "no específicos" son tan importantes en la producción de buenos resultados de terapia como las características específicas que algunas terapias "registradas", a menudo, manifiestan constituir el secreto de su éxito. Los pacientes que solicitan terapia suelen hallarse divididos entre la necesidad de un apego seguro y el terror a la intimidad. Al igual que el ganso Feli de Fisher-Mamblona (2000), los pacientes temen la soledad pero, al mismo tiempo, les aterroriza la proximidad. Quieren huir, pero no disponen de base segura a la que acudir. El establecimiento de una relación de confianza –una base externa

segura– y a continuación su internalización para sentirnos seguros con nosotros mismos, es un proceso evolutivo y cognitivo que, inevitablemente, requiere tiempo.

Van Ijzendoorm y Sagi (1999) de forma muy útil sintetizan los hallazgos de la teoría del apego bajo cuatro encabezamientos:

- *La universalidad de la hipótesis*. En todas las culturas conocidas, las criaturas humanas se apegan a uno o más cuidadores específicos.
- *La normatividad de la hipótesis*. Alrededor del 70% de las criaturas establecen apegos seguros; los restantes establecen apegos inseguros: evitativos, ambivalentes y desorganizados. Las criaturas con apegos seguros se restablecen con más facilidad ante el estrés. Por lo tanto, el apego seguro es numérica y fisiológicamente normal.
- *La sensibilidad de la hipótesis*. La seguridad del apego depende de los cuidados sensibles y responsivos.
- *La hipótesis de la competencia*. Las diferencias en la seguridad del apego conducen a diferencias en la competencia social; los niños o niñas con apegos seguros presentan más probabilidad de relacionarse satisfactoriamente con sus compañeros y profesorado y son menos propensos a ser maltratados o a maltratar.

A éstos, podemos añadir tres nuevos encabezamientos:

- *La hipótesis de la continuidad* (véase Capítulo 3). Los patrones de apego en la infancia producen efectos de largo alcance en las habilidades relacionales y en las representaciones mentales de la vida adulta.
- *La hipótesis de la mentalización*. El apego seguro se basa y conduce a la capacidad de reflexión sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás (Fonagy, 1991; Meins, 1999).
- *La hipótesis de la competencia narrativa*. El apego seguro durante la infancia se refleja en la vida adulta a través de la forma en que las personas hablan de su propia vida, su pasado

y, en particular, de sus relaciones y problemas mentales asociados (Holmes, 1992). En la Tabla 2.1 se sintetizan las conexiones y las continuidades entre los patrones de apego infantil tal y como son medidas en la Situación del Extraño y la competencia narrativa adulta tal y como se revela en la Entrevista de Apego Adulto (Hesse, 1999).

Sobre la base de estas hipótesis, la teoría del apego proporciona una serie de conceptos vinculantes generales que incluyen muchos aspectos de la práctica psicoterapéutica. Se pueden especificar los seis principales dominios, cada uno de los cuales será aplicado a los individuos, parejas y familias. Estos dominios comprenden la base segura, la exploración y el juego, la protesta y la asertividad, la pérdida, los modelos internos de trabajo y la capacidad reflexiva.

Los seis dominios

Dominio 1: Base segura

El primero y el más importante de los dominios es el de la base segura (BS). La "base segura" se refería originalmente al cuidador al que se dirige el bebé cuando está angustiado. Esta base segura puede proporcionar un apego seguro *o* inseguro dependiendo de las circunstancias. Así, confusamente, una base segura puede proporcionar una experiencia de apego inseguro. La cuestión aquí es la imposibilidad de sobrevivir sin algún tipo de base segura.

Los primeros pensadores del apego tendieron a contemplar la base segura en términos conductuales, refiriéndose al cuidador a quien visiblemente se dirige el bebé cada vez que se encuentra amenazado o enfermo, y que es capaz, en mayor o menor medida, de proporcionarle la protección esencial necesaria si el bebé ha de sobrevivir. Este concepto parecía presentar una aplicación limitada a los adultos hasta que se observó que la base segura podría considerarse no sólo como una figura externa, sino también como una *representación* de seguridad dentro de la psique del individuo.

Tabla 2. EVA (AAI): Clasificaciones y Patrones correspondientes de la conducta de bebés ante situaciones extrañas

Estado de mente adulto con respecto al apego **Seguro/autónomo (F)**	***Conducta del bebé ante Situación del Extraño*** **Seguro (B)**
Coherente, discurso colaborador. Valoración del apego, pero parece objetivo en relación a cualquier hecho/relación particular. La descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el apego son coherentes, tanto si las experiencias son favorables como si son desfavorables. El discurso no viola notablemente ninguna de las máximas de Grice.	Examina el recinto y los juguetes con interés durante los períodos previos a la separación. Muestra señales de echar de menos al progenitor durante la separación, a menudo lloros durante la segunda separación. Preferencia obvia por el progenitor frente al extraño. Saluda al progenitor activamente, normalmente iniciando el contacto físico. Normalmente cierto mantenimiento de contacto hacia el segundo reencuentro, pero después se restablece y vuelve al juego.
Desdeñoso (Ds) No coherente. Rechazo de las experiencias y relaciones referidas al apego. Normalización ("madre excelente, muy normal"), con representaciones generalizadas de historial de falta de apoyo o activamente contrariado por episodios de recuentos, violando así la máxima de calidad de Grice. Las transcripciones también tienden a ser excesivamente breves, violando la máxima de cantidad.	**Evitativo (A)** No llora durante la separación del progenitor. Evita e ignora activamente al progenitor durante el reencuentro (i.e., alejándose, mirando en otra dirección o soltándose de los brazos cuando se le alza). Escasa o ninguna proximidad ni búsqueda de contacto, no hay señales de angustia ni de ira. La respuesta al progenitor parece carecer de emoción. Se centra en los juguetes o en el ambiente durante todo el procedimiento.
Preocupado (E) No coherente. Preocupado con o por las relaciones/experiencias pasadas de apego, el hablante parece airado, pasivo o temeroso. Las frases son, con frecuencia, largas, gramaticalmente complejas o repletas de términos vagos ("dadadada" y "y esto"), violando así la máxima de Grice sobre el modo y la relevancia. Las transcripciones suelen ser excesivamente largas, violando la máxima de cantidad.	**Resistente o ambivalente (C)** Puede mostrarse cauto o angustiado antes de la separación, con escasa exploración. Preocupado por el progenitor durante todo el procedimiento, puede parecer furioso o pasivo. No logra establecerse y confortarse ante el reencuentro del progenitor y normalmente continúa centrando su atención en el progenitor y sigue llorando. No logra volver a la exploración tras el reencuentro.
No resuelto/desorganizado (U/d) Durante los comentarios de las pérdidas o abusos, el individuo muestra un notable lapso en el monitoreo del razonamiento o del discurso. Por ejemplo, el individuo puede indicar brevemente creer que una persona fallecida está aún viva en el sentido físico, o que esta persona fue asesinada por un pensamiento infantil. El individuo puede entrar en prolongados lapsos de silencio o discurso logístico. El hablante ordinariamente se corresponderá, de otro modo, en las categorías Ds, E o F.	**Desorganizado/desorientado (D)** El bebé muestra conductas desorganizadas y/o desorientadas en presencia del progenitor, sugiriendo un colapso temporal de las estrategias conductuales. Por ejemplo, el bebé puede congelarse con una expresión equivalente al trance, manos abiertas, puede alzarse ante la entrada del progenitor, después caerse y acurrucarse sobre el suelo; o puede aferrarse mientras llora amargamente y sin embargo distanciarse con la mirada. De otro modo, el bebé ordinariamente se correspondería con las categorías A, B o C.

Fuentes: Adaptado de Hesse (1999). Traducido en *La mente en desarrollo* (2007) de Daniel J. Siegel. Editorial: Desclée De Brouwer.

Notas: De Hesse (1999). Copyright 1999 de Guilford Press. Reproducción autorizada. Descripciones del sistema de clasificación del apego adulto sintetizadas por Main, Kaplan y Cassidy (1985) y de Main y Golwyn (1984, 1998). Descripciones de las categorías infantiles A, B y C sintetizadas de Ainsworth, Velar, Waters y Wall (1978), y la descripción de la categoría infantil D sintetizada de Main y Solomon (1990).

Se puede pensar que la experiencia original de la base segura cuidador/bebé comprende: (1) una serie de conductas activadas por la amenaza; (2) una respuesta a tales conductas por parte del cuidador y (3) un estado psicofisiológico que es el resultado final de tales conductas. Las respuestas del cuidador asociadas a la base segura incluyen la responsividad, la coherencia, la fiabilidad, la sintonización, la capacidad para absorber la protesta y la "mentalidad mental", la habilidad para ver a la criatura angustiada como a un ser autónomo y sensible con sentimientos y proyectos propios. El estado psicofisiológico incluye elementos fisiológicos tales como la relajación, la proximidad, la cercanía, sentirse tranquilizado, saciado, un estómago lleno, una respiración regular, un ritmo cardíaco reducido, calma y un componente psicológico con pensamientos tales como "todo marcha bien en el mundo", "todo irá bien", ahí donde había caos y confusión ahora se ha restablecido el orden, y todo está "bajo control".

Los adultos, aunque aparentemente sean autónomos y busquen el contacto físico con los seres queridos en momentos de estrés, también disponen de una *zona interna de BS* –que también puede conceptuarse como un esquema o relación de objeto– al que se dirigen cuando lo necesitan, especialmente como parte de su regulación del afecto. La activación de la BS interna puede producirse por efecto de pensamientos, imágenes y/o conductas reconfortantes entre las que se incluyen los recursos que uno mismo emplea para tranquilizarse, como un baño caliente, meterse a la cama, alimentos, música, libros o programas de televisión favoritos, edredones especiales o alcohol.

Cueste lo que cueste debe lograrse cierto grado de seguridad: la supervivencia psicológica requiere algún tipo de experiencia de BS, aunque ésta pueda estar comprometida por las limitaciones de la capacidad de los cuidadores para dar el cuidado apropiado y de los receptores para elicitar tal seguridad. La representación interna de la base segura puede activarse mediante diferentes partes del ciclo de BS –de ahí, presumiblemente, que el calor y la suavidad de los baños o de la cama produzcan los estados deseados de calma.

Las variantes patológicas de la conducta de BS incluyen los atracones de comida o la muerte por inanición, el abuso de sustancias, la

masturbación compulsiva o las auto-lesiones voluntarias. ¿Cómo es posible que conductas aparentemente perjudiciales para uno mismo produzcan seguridad? Crean cierto elemento del ciclo de la BS anteriormente descrito y esto, a su vez, dispone de una función tranquilizadora aunque se logre de forma auto-destructiva. Por ejemplo, la escalada de caos seguida por el alivio es una característica de los episodios de auto-lesión en personas que padecen trastorno límite de personalidad. Muchos describirán un sentimiento temporal de paz y calma cuando observan la sangre que fluye de las heridas que ellos mismos se han provocado, o mientras permanecen tumbados tras haber ingerido demasiadas pastillas, o los cuidados que reciben tras el lavado de estómago. En la conducta de inanición de la anorexia, el paciente lucha por su anhelo de alimento –un elemento de BS– y, paradójicamente, el dominio temporal de su deseo de comer produce comodidad: no está a merced de una necesidad de base segura sobre la que no tenga control. Los ingredientes de estas conductas también pueden hallarse en las parejas insatisfechas, por ejemplo en ésas en las que las relaciones sexuales sólo son posibles tras una gran discusión.

La Situación del Extraño y la Entrevista de Apego Adulto (EVA) muestran los patrones inseguros de la base segura. Aunque como se han usado con fines de investigación ambos instrumentos son categoriales, es posible imaginar dos ejes diferentes: uno de ellos un eje continuo horizontal bipolar que oscila entre desdeñoso/ambivalente a través del apego seguro hasta preocupado/ambivalente, y el otro un eje vertical unipolar que oscila entre coherente/autónomo e incoherente/desorganizado (Figura 2.1).

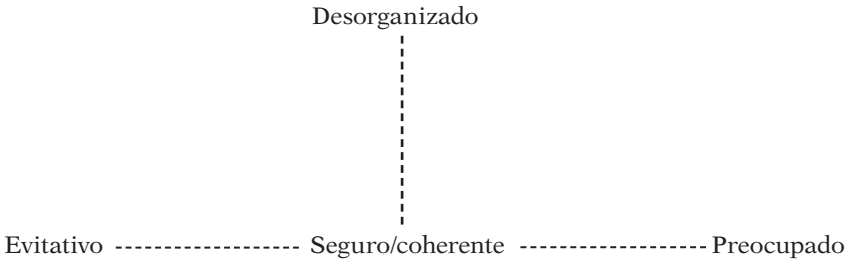


Figura 2.1. Dimensiones del apego seguro e inseguro

Esto puede relacionarse con lo que he venido denominando el triángulo del apego (véase Figura 2.2; Holmes, 1996). Las variantes inseguras son, en esencia, compensaciones. El individuo evitativo permanece suficientemente próximo al cuidador desdeñoso para lograr cierto grado de protección, pero no tan próximo como para poder llegar a sentir el dolor pleno del rechazo. Las personas ambivalentes se aferran a sus cuidadores de modo que no estén tan a merced de sus incoherencias. Quizá ninguno de ellos alcanza el estado de BS de seguridad plena y por lo tanto debe realizarse algún sacrificio. En los bebés, se puede inhibir el juego exploratorio; en los adultos evitativos, se compromete la intimidad, mientras que los preocupados limitan su autonomía al servicio de la seguridad.

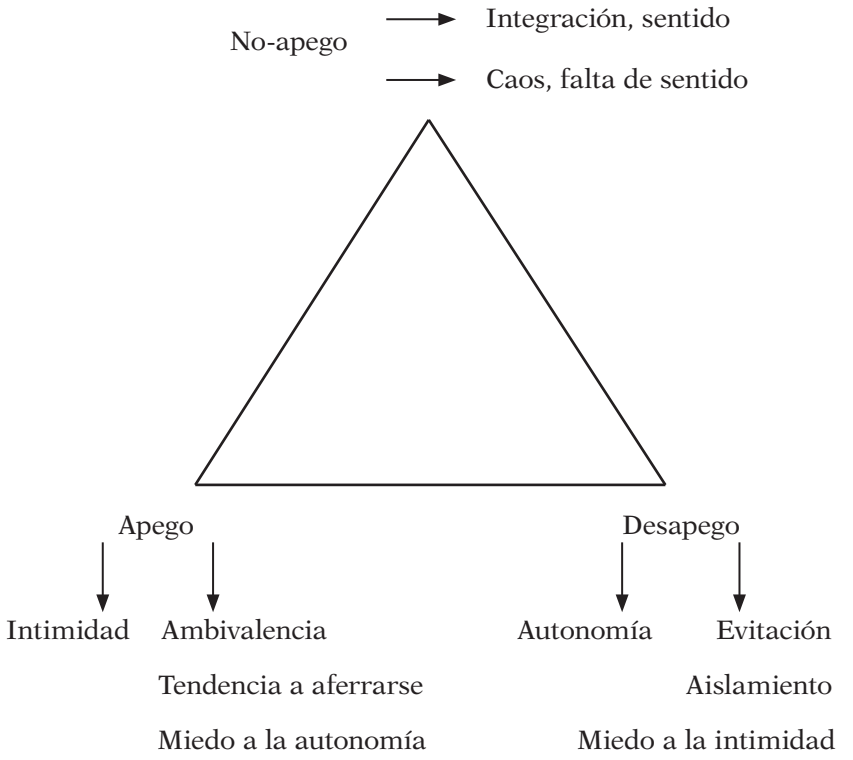


Figura 2.2. El triángulo del apego (Holmes, 1996)

En ambas variantes del apego inseguro, la auto-estima es precaria. En el apego ambivalente, depende de la proximidad y de la atención positiva de la figura de apego a la que se esté aferrado; si se pierden o son críticos, los individuos ambivalentes sufrirán. En el patrón evitativo la auto-estima ha sufrido un cortocircuito dentro del propio self; la validación externa produce poco impacto y la persona evitativa hace todo lo posible para mantener el control y para mantener la intimidad a raya porque ésta amenaza su sistema auto-contenido de mantenimiento de la auto-estima. En el mejor de los casos sólo puede sentirse bien consigo mismo cuando se da a los demás. El individuo seguro dispone de un sistema equilibrado de auto-estima que está abierto a la validación externa, pero que no depende completamente de ella; una relación recíproca donde dar y recibir desempeñan un papel importante, y donde se busca la fuente más fiable de sentimientos positivos sobre uno mismo.

La desorganización y la incoherencia son tan molestas para el contexto en el que se reciben los cuidados que las personas estarán dispuestas a invertir mucho esfuerzo a fin de crear algún tipo de orden, por muy problemáticos o subóptimos que sean tales esfuerzos. Por ejemplo, puede haber intentos de controlar a través de las conductas obsesivas (como en el ciclo de la anorexia previamente descrito); mediante el cambio de una forma responsiva a una agresiva o coercitiva de proporcionar los cuidados o elicitar los mismos; mediante el uso de estrategias en las que el caos general se reduce mediante el fraccionamiento; mediante esfuerzos alucinatorios para imponer coherencia interna ante la desorganización fisiológica (i.e., esquizofrenia "genética") o confusión ambiental (i.e., desviación de la comunicación en la familia); o mediante la previsibilidad que ofrece el aferrarse a un rol enfermizo.

Las variantes seguras e inseguras de los fenómenos de BS se encuentran en las relaciones adultas. En las parejas, cada adulto actúa como la base segura del otro miembro, y cada uno aporta su propia representación interna y expectativa de la BS –con grados variables de inseguridad– a la relación de pareja. Si la pareja es estable, entonces a partir de estas representaciones puede forjarse un

"tercer elemento", que proporciona una seguridad aún mayor de la que cada miembro de la pareja pueda alcanzar por sí mismo –la relación misma y el patrón de expectativas mutuas que implica.

La observación de una relación como algo diferente de cada una de sus partes componentes constituye un punto de contacto entre las perspectivas psicoanalítica y del apego. Las relaciones íntimas entre adultos ofrecen la posibilidad de progresar desde una posición preedípica de dos personas, a una constelación edípica de tres personas. Desde un punto de vista kleiniano, la situación edípica se contempla como una fase evolutiva en la que, si el niño puede tolerar la separación de la pareja parental y la pérdida de la posesión exclusiva de la madre que ésta conlleva, logra una perspectiva descentrada y una libertad de pensamiento esencial para el éxito interpersonal (Britton, 1998). El equivalente a este proceso desde la perspectiva del apego consiste en el establecimiento de una *representación* de la base segura –y especialmente una representación en el lenguaje– de modo que el niño ya no sea completamente dependiente de la presencia física del cuidador y pueda ser confrontado por el pensamiento de "mamá-y-papá" o "casa". Esto, a su vez, depende de la habilidad del cuidador para representar las representaciones de la criatura; de ver a ésta como un ser diferente y sensible (Fonagy, 1999a). Igualmente, el funcionamiento sano en las parejas depende de la capacidad para ver y pensar y hablar sobre sus relaciones como una entidad con derecho propio, diferente de los dos individuos que la configuran (véase Dominio 6, más adelante).

Dominio 2: Exploración y disfrute

La interacción amistosa y la capacidad de placer mutuo, lúdico, sexual o intelectual, son centrales para la capacidad de la base segura. La teoría del apego postula que existe una relación recíproca entre la conducta de la base segura y la exploración. Cuando una persona se siente amenazada, busca la base segura y, por el momento, se inhiben correspondientemente la alegría y el juego. La ansiedad es enemigo del disfrute. El apego no excluye otras fuerzas motivacio-

nales o aspectos de la relación, pero es una precondición para que puedan activarse. A los niños inseguros les cuesta jugar. Del mismo modo, en la vida adulta, si un miembro de la pareja no se siente seguro –por ejemplo, si le preocupa que su pareja pueda abandonarle en cualquier momento– es poco probable que sea capaz de disfrutar de sus relaciones sexuales. Ayudar a las parejas a comprender este concepto tan sencillo suele ser, muchas veces, el camino para resolver las dificultades sexuales, o su incapacidad para aprovechar el "tiempo de calidad" tan nombrado por los asesores informales.

En general, Bowlby (1988) dijo poco sobre el sexo; quizá tuvo más interés por subrayar "su" instinto, frente al del psicoanálisis. En la actualidad existe una amplia literatura sobre las relaciones adultas y las formas en que se modelan a través de diferentes patrones de apego (Cassidy & Shaver, 1999). Las personas pueden evitar la proximidad emocional en el sexo como en todas las relaciones, o pueden tratar de "limitarse" a los aspectos fisiológicos de la base segura mientras se escinden de los aspectos emocionales y psicológicos. El sexo "compulsivo" podría ser una manifestación del apego ambivalente, una forma de aferrarse en la que el objetivo primario es la proximidad física más que el placer o la procreación. Una relación sexual satisfactoria conlleva diversas características relevantes al apego: sintonización emocional mutua, la capacidad para contenerse y no sentirse sobrecargado por la creciente excitación, la superación del miedo a la trasgresión mientras se respetan los límites, la capacidad para regresar y reintegrarse y la habilidad para separarse y afrontar la pérdida, la seguridad en el conocimiento de que una pareja sexual sobrevivirá como representación interna.

Dominio 3: Protesta y enfado

Las discusiones con la pareja, la violencia y la ira son razones habituales para que las personas soliciten ayuda, especialmente los hombres. Desde la perspectiva del apego, la ira se provoca cuando existe una amenaza de separación y, que esencialmente es un esquema de refuerzo negativo, tiene la función de garantizar que el vínculo

de apego permanezca intacto. Un niño que se apresura a cruzar una calle peligrosa es reprendido por el progenitor que le cuida para que en el futuro permanezca a su lado.

El rol de la ira como regulador del vínculo puede verse de formas muy diferentes en las relaciones adultas. Si uno de los miembros de la pareja lo pone en peligro disfrutando de una relación afectiva con otra persona, esto evoca directamente la ira del miembro traicionado, porque su seguridad y auto-estima están estrechamente vinculadas con su pareja. Más sutilmente, a menudo se provoca cuando uno de los miembros de la pareja no muestra consideración o no toma en cuenta el punto de vista del otro. Como hemos visto, un componente crucial de la base segura es la "mentalidad mental", la capacidad para ver al otro como poseedor de una perspectiva psicológica y sentimientos propios. La "inconsideración" ignora los sentimientos del otro y, por lo tanto, amenaza este aspecto de la base segura, provocando así la protesta en un intento por restablecerla.

El entrenamiento en asertividad ayuda a las personas a superar las trampas de la sumisión pasiva o de la ira incontrolada, y a usar la ira con efectividad para restablecer los vínculos de apego y para mantener la base segura. Por ejemplo, las relaciones, tanto si son entre los miembros de la familia o entre pacientes y terapeutas, consisten en una serie de momentos de intimidad y de separación, entrecruzados con "rupturas" en la comunicación. Las personas con buena auto-estima suelen ser muy aptas en la "reparación de las rupturas": tienen la seguridad de que se restablecerá la proximidad, del mismo modo que el bebé seguro en la Situación del Extraño espera que su protesta sea oída, su angustia sea gestionada y él sea capaz de volver al juego explorador.

Otra perspectiva del apego sobre la ira considera los estallidos de rabia como una forma de "actividad de desplazamiento" provocada cuando un individuo se encuentra dividido entre la necesidad de una base segura y el miedo a lograrla (Fisher-Mamblona, 2000). Por ejemplo, un cónyuge podría atacar inesperadamente a su pareja al descubrirla manteniendo una relación con otra persona. Aquí, la amenaza para la relación activaría la conducta de apego, pero el

conflicto se exacerba porque la potencial base segura es también la fuente de la amenaza. En este estado de conflicto insoportable, la rabia ofrece un tipo de salida y posiblemente puede ayudar al individuo a clarificar cuáles son sus necesidades reales.

Dominio 4: Pérdida

Para Bowlby (1988), la pérdida o la amenaza de pérdida es central en gran parte de la angustia psicológica. Consideraba que la capacidad para afrontar la pérdida era un componente clave de la madurez psicológica. La paradoja de la intimidad desde la perspectiva del apego es que sólo puede ser lograda si los miembros pueden negociar la separación de un modo más o menos satisfactorio. Para Francis Bacon, el cónyuge y los hijos eran "los rehenes para la fortuna". Disponer de algo significa arriesgarse a perderlo. Tomar *este* camino implica que uno no puede tomar *ese* otro. En las relaciones adultas, cada miembro trae consigo un historial de separaciones y pérdidas y de una base interna más o menos segura que influirá sobre la relación. Uno de los motivos por los que la muerte de un niño es tan devastadora para las parejas y por la que los índices de divorcio son tan elevados tras las tragedias de este tipo, es que ambos están tan abatidos que ninguno puede reconfortar al otro con una base segura.

La elaboración de las pérdidas pasadas constituye una parte esencial de la terapia basada en el apego. La "elaboración" –un término elocuente para un proceso que muchas veces es insoportablemente doloroso– sólo puede producirse por efecto de la posibilidad de "representación"; el amado perdido no puede ser recuperado en el mundo externo, pero puede ser "reintegrado" (por usar un término kleiniano) en el mundo interno del afligido. Si el terapeuta logra ofrecer una base segura temporalmente, entonces la ira y la desesperación asociadas al duelo pueden negociarse para alcanzar como mínimo una aceptación parcial.

Dominio 5: Modelos internos de trabajo

Es imposible practicar una psicoterapia ateórica. Cualquier intento por ayudar a las personas en su angustia psicológica estará basado en una serie de modelos implícitos o explícitos relativos a la estructura de la mente, la naturaleza del pensamiento, las características de las relaciones íntimas, etc. Diferentes enfoques recurren a diferentes lenguajes y, con frecuencia, cuesta distinguir entre los puntos de intersección y las diferencias reales. Por ejemplo, la idea de la representación interna se describe en términos psicoanalíticos como un mundo interno poblado de objetos internos y de relaciones entre ellos. La terapia cognitiva se centra en esquemas, presunciones fundamentales y relativamente inmutables sobre el self y sus relaciones. Los terapeutas sistémicos se han interesado por los "guiones de acontecimientos", secuencias de conducta del self en relación con los otros que se establecen en la infancia y que colorean y modelan las subsiguientes relaciones. La versión del Bowlby (1988) incluía los "modelos internos de trabajo", una expresión elegida deliberadamente como un "lenguaje de acción" que captara el proceso piagetiano de "practicante-científico" mediante el cual el niño construye su mundo (Bretherton, 1999).

Bowlby (1988) se refirió a la "exclusión defensiva" para describir las formas en que los sentimientos y pensamientos indeseados se mantienen fuera de la conciencia, y las consecuentes restricciones para los modelos internos de trabajo, y por lo tanto la adaptabilidad, que ésta conlleva. El modelo interno de trabajo es un constructo más "cognitivo" que el mundo interno psicoanalítico, que consiste en esquemas afectivos asociados con los otros significativos. La distinción entre memoria implícita y explícita quizá pueda ayudarnos a superar la distancia cognitiva/afectiva (Schacter, 1992). Las memorias implícitas o procedimentales son aquellas que se establecen durante los primeros años de vida y que consisten en las "formas en que se ejecutan las cosas" (i.e., patrones de relación), incluidas, por ejemplo, las respuestas parentales ante la angustia del bebé, que se almacenan en la mente de éste y que posteriormente influirán en las siguientes relaciones, incluso aunque no exista una conciencia explí-

cita de su rol. Las memorias explícitas o episódicas son los acontecimientos específicos y las conductas self-otros que configuran la memoria almacenada de las personas.

En la vida adulta, cada miembro de la pareja aporta a la misma una compleja serie de modelos de trabajo, esquemas, guiones y/o relaciones de objeto. Las parejas se sienten atraídas entre sí cuando existe algún tipo de "encaje" entre el propio mundo interno y el del otro. Cada uno debe, consciente o inconscientemente, conocer los pasos del baile del otro. Cuanta más intimidad sean capaces de lograr entre ambos, más se expondrá el mundo interno de cada uno de ellos. Las áreas de dolor y vulnerabilidad entrarán en juego inevitablemente. Así, paradójicamente, se necesita cierta madurez –seguridad en la coherencia y capacidad de supervivencia del self– para que se produzca satisfactoriamente la regresión cuasi-infantil que es inherente a la intimidad.

Las tres principales variantes del apego inseguro ofrecen un marco de trabajo útil para pensar en las vicisitudes de este proceso. El individuo evitativo sacrifica la intimidad en aras de una forma exagerada de autonomía, mientras que la persona ambivalente abandona la autonomía a favor de una forma dependiente de intimidad (Holmes, 1996). Cada uno buscará la pareja que pueda tolerar el patrón dictado por sus modelos internos de trabajo, pero cada uno de ellos también es infeliz con las restricciones que ello conlleva, por lo tanto toda relación contiene también la esperanza de trascender a los viejos patrones. Los individuos y las parejas necesitan llegar a comprender cómo se producen los puntos "de provocación" en su relación –para las discusiones, decepciones o desdichas– en estas conexiones nodales entre la serie de presunciones dolorosas de una persona y de la otra.

El trauma destruye parte del sistema que regula la seguridad (Garland, 1998). Si los modelos internos de trabajo están parcialmente inactivados, tales personas llegan a ser "inmunológicamente incompetentes". Reaccionan excesivamente ante los menores estímulos reminiscentes del acontecimiento traumático, ya no confían en que su base segura les proteja, o ya no reaccionan de ningún modo

ante la amenaza y, por tanto, se enredan en situaciones cada vez más arriesgadas. Los modelos internos de trabajo no sólo han sido restringidos, sino que presentan lagunas, por ejemplo, en el área del sexo o de la violencia física. A las personas con apegos desorganizados, tipificadas como pacientes que padecen trastorno límite de personalidad, les cuesta ofrecer un patrón de relación coherente al que sus parejas puedan adaptarse, y tienden a establecer relaciones radicalmente inestables, salvo cuando los patrones son excesivamente evitativos.

Dominio 6: Función reflexiva y competencia narrativa

Un hallazgo clave en la literatura relativa al apego es la relación entre la "función reflexiva" tal y como se revela en la Entrevista de Apego Adulto –la capacidad para hablar con coherencia y cohesión sobre uno mismo y las propias dificultades– y el apego seguro (véase Capítulo 3). La importancia de esto para la psicoterapia es evidente: la psicoterapia es, en esencia, un proceso narrativo en el que el terapeuta y el paciente conjuntamente desarrollan un diálogo sobre la vida del paciente y la naturaleza de la relación misma entre terapeuta y paciente. La terapia es una experiencia *en directo* en la que el paciente aprende a ser auto-reflexivo. A esto se recurre de forma particular en los enfoques basados en la transferencia. Cuando mediante el lenguaje pueden explicitarse las representaciones, éstas se hacen disponibles para la metacognición o para "pensar sobre el pensar" y por ende para su modificación. Éste es el aspecto cognitivo de la conceptuación neo-kleiniana sobre la situación edípica a la que ya nos hemos referido.

En resumen, la teoría del apego dispone de rasgos que subrayan su contribución única a la práctica psicoterapéutica:

- Por su habilidad para avanzar desde las conductas externas observables hasta las representaciones mentales, la teoría del apego es capaz de integrar perspectivas psicodinámicas, cognitivas y conductuales.

- La teoría del apego ofrece una teoría coherente sobre la relación paciente-terapeuta, considerándola determinada fundamentalmente por la necesidad del paciente de buscar y hallar una figura de base segura. El modelo del apego de un cuidador responsivo que tiende a promover el apego seguro se corresponde con el buen terapeuta: sensible, responsivo, coherente, fiable y con mentalidad psicológica.
- La teoría del apego ofrece, a través de la Entrevista del Apego Adulto, una base teórica para el relato de historias, la escucha de historias y la comprensión de las historias que constituye el núcleo de las sesiones psicoterapéuticas.
- La clasificación de apegos seguros, evitativos, ambivalentes y desorganizados ofrece una importante nosología basada en pruebas para la formulación psicoterapéutica.
- La idea de la base segura permite entender algunas de las conductas aparentemente contraproducentes halladas en pacientes psiquiátricos, especialmente quienes padecen un trastorno límite de personalidad, sirviendo así para dirigir los enfoques de tratamiento.

La práctica del apego

La aplicación de estos temas al trabajo terapéutico es la preocupación fundamental de este libro. Constituyen el contexto teórico para el enfoque de psicoterapia basado en la teoría del apego. Pero, ¿qué es lo que implica trabajar en la práctica desde la perspectiva del apego? El lector hallará en el Apéndice detalles sobre una Terapia Breve Basada en el Apego, definida sobre los seis dominios descritos en este capítulo, diseñada por el autor y experimentada en la actualidad. En el momento en que se escribe este libro, este modelo de intervención está en fase de pilotaje y aún no ha sido validada ni se han realizado las evaluaciones control.

En el libro se presentan muchos casos ilustrativos que constituyen los frutos del trabajo psicoterapéutico informado por el apego durante más de 20 años, mucho antes del diseño de este modelo explícito.

El trabajo desde la perspectiva del apego subraya muchos aspectos de la práctica ordinaria. Ninguno de ellos es peculiar de los enfoques del apego, pero en su conjunto constituyen una posición integradora coherente que es característica de las intervenciones basadas en el apego, tanto si son de duración breve o prolongada.

1. *Sintonización*. La responsividad empática al paciente y al propio estado emocional, o "sintonización", es una parte esencial de cualquier intervención terapéutica. Atender a los sentimientos del paciente y, simultáneamente, a los propios sentimientos a medida que se producen en un encuentro es esencial. Tratar de colocarse uno mismo en la piel del otro y, cuando sea necesario, recurrir a los propios sentimientos como guía para los suyos es una parte de este proceso.
2. *Proximidad emocional*. Una base segura en la vida adulta surge a partir de la proximidad emocional –más que, como en la infancia, de la proximidad física– con un cuidador comprensivo y protector. La activación del afecto, tanto si es de tristeza y llanto, ira o miedo, durante las sesiones es un recurso crucial mediante el que se logra la proximidad emocional y brota de los esfuerzos de sintonización del terapeuta.
3. *Formación y mantenimiento de la alianza terapéutica*. La primera tarea en cualquier terapia consiste en crear una alianza de trabajo mediante la cual el paciente se sienta comprometido con la terapia y confíe en que el terapeuta pueda ayudarlo. Los diferentes estilos de apego requerirán diferentes estrategias para este fin. El paciente evitativo será cauto y el terapeuta deberá respetar su cautela y permitirle que gradualmente se sienta seguro en las sesiones y que se "introduzca" a su propio ritmo. El paciente ambivalente puede enmascarar su ansiedad a través de una aceptación excesivamente rápida del valor de la terapia, por ello puede necesitar ayuda para que descubra su propia inversión en ella, por ejemplo, pidiéndole que piense atentamente en la idea de participar en la terapia antes de comprometerse con la misma. El paciente desorganizado care-

ce de una estrategia de apego coherente y puede oscilar, perder las sesiones iniciales, abandonar la terapia, etc. Todo esto debe ser tolerado y si fuera necesario, el terapeuta debe aproximarse por escrito o por teléfono al paciente e incluso, ocasionalmente, visitarlo hasta que, por ejemplo, el paciente límite esté preparado para iniciar el tratamiento. Una vez formada, la alianza será ocasionalmente objeto de tensiones y fracturas. La "reparación de la ruptura de la alianza" es otra tarea terapéutica crucial: sin la alianza no puede existir una base segura, y sin una base segura no puede existir la exploración.

4. *Desafío*. Dentro del contexto de la base segura, es tarea del terapeuta desafiar las presunciones habituales y los patrones relacionales y crear suficiente turbulencia para que emerjan nuevas estructuras. La interpretación, la confrontación y la clarificación son todos medios técnicos para lograr este fin.

5. *Equilibrio*. El objetivo de la terapia basada en el apego es siempre conducir a los pacientes a una posición equilibrada *vis-á-vis* entre ellos mismos y el mundo. En relación al terapeuta, no deben estar ni demasiado cerca ni demasiado lejos; deben ser capaces tanto de reír como de tomárselo con seriedad; no deben temerlo en exceso ni mostrarse excesivamente audaces. El terapeuta logra este equilibrio de formas diferentes con diversos aspectos del estilo de apego. Al paciente evitativo se le ayuda a aproximarse emocionalmente y a ser más abierto a sus sentimientos; a los ambivalentes a distanciarse de sí mismos y a ver sus sentimientos en perspectiva; los desorganizados a hallar coherencia. Es como si el paciente y el terapeuta estuvieran en un balancín y, una vez firme, segura y confiadamente establecidos ahí, el terapeuta siempre llevará a los pacientes en la dirección opuesta a la que habitualmente adoptan.

6. *La libertad de movimiento del terapeuta*. Otra metáfora útil es la del cuadrilátero de boxeo. El cuadrilátero mismo con sus cuerdas de contención representa la base segura de la misma terapia. Dentro del cuadrilátero, el terapeuta debe tener siem-

pre libertad de movimiento, sin permitir nunca ser acorralado por el paciente. El paciente inseguro quiere aferrarse al terapeuta, saber dónde está en todo momento y controlarlo. Esto es propio de los patrones de apego inseguro, especialmente de las estrategias ambivalentes. El objetivo del terapeuta es ayudar al paciente a confiar en sí mismo, a saber que la seguridad sólo puede alcanzarse desde el reconocimiento de la inexistencia de seguridad absoluta, y que la capacidad de elección es lo que nos hace libres, no el aferrarnos ni a nosotros mismos ni a ninguna otra persona. Así el paciente que pregunta, por ejemplo, "¿Te gusto?" o "¿Crees en Dios?" siente que la seguridad se derivará de una respuesta definitiva de la otra persona a su pregunta. La respuesta técnicamente correcta no es un "sí" o un "no", porque eso equivaldría a protegerse uno mismo, sino, por ejemplo, a explorar por qué la pregunta es tan importante para el paciente. Como ha sido registrado por distinguidos terapeutas (p.ej., Symington y Symington, 1996), en algunas ocasiones se requieren medidas extremas –chistes, estallidos de ira controlada o incluso gritos– para evitar ser atrapado y restablecer su posición central en el cuadrilátero terapéutico.

7. *Aptitud o capacidad negativa*. Ésta es la conocida prescripción de Keats para abordar la poesía –la capacidad para tolerar la incertidumbre y dudar y para "permanecer con" el material. Muchas veces uno no sabe qué es lo que ocurre al paciente. El terapeuta debe ser capaz de tolerar este estado, seguro en su conocimiento de que en algún momento surgirá el sentido. Algunas veces esto puede usarse de forma consciente como el "principio de Colombo" (Margison, 2001), siguiendo al detective de la serie americana que finge confusión para atrapar a su víctima. Diciendo, con un atisbo de verdad, "No entiendo completamente a qué te refieres con eso…" de un modo humilde y aparentemente natural se puede ayudar al paciente a sentirse más seguro, más propenso a reflexionar, más poderoso y con mayor control, como si el cuidador mismo solicitara la ayuda de quien es cuidado.

8. *La mente pensante*. Por último, y quizá el más importante, el terapeuta debe comunicar al paciente que está *ahí*, usando su mente para pensar sobre lo que está ocurriendo en la mente del paciente, tratando de comprender y contener la representación mental de sus sentimientos, colocarlos en palabras y que todo esto es parte de una estrategia coherente para ofrecer cuidado. En definitiva, la seguridad emocional se deriva de la experiencia de ser comprendido de esta manera. Lo que inevitablemente conllevará un esfuerzo. Los pacientes, muchas veces, intentan *no* pensar en su dolor, o proyectarlo sobre los demás, quienes actuarán sobre esa base pero no se lo re-presentarán. Ser objeto del pensamiento ajeno es simultáneamente agradable y terrorífico. El terapeuta debe ser capaz de sostener tenazmente la tarea del pensamiento sin perseguir al paciente con sus pensamientos. De este modo, en algunos casos será una presencia tranquila y en otros implicará activamente al paciente en el debate sobre la naturaleza de sus propios pensamientos.

Obviamente, muchas si no todas estas estrategias constituyen el núcleo de la psicoterapia psicoanalítica a la que se añade el aspecto enriquecedor de la perspectiva del apego. En el siguiente capítulo se examina con más detalle la compleja interacción entre las ideas psicoanalíticas y las derivadas de la teoría del apego y se defiende que la narración es el concepto vinculante entre ellas.

3 Teoría del apego y psicoanálisis: en busca de un lenguaje compartido

Cuando Edipo se encontró con Layo en el cruce de caminos, se enfrentaron mutuamente en una batalla mortal, con implicaciones no sólo para la política de Tebas sino, gracias a Freud, para la posterior historia de la psicología. Según el crítico literario Harold Bloom (1997:5), "los poetas fuertes se malinterpretaron entre sí, a fin de limpiar el espacio imaginativo para sí mismos" –Edipo debía eliminar de su camino a Layo para poder progresar. El punto de vista de Bloom sobre la "ansiedad de la influencia" en la literatura, una idea básicamente freudiana, se aplica igualmente al psicoanálisis. Para Bloom, los talentos débiles se limitan a idealizar a sus ilustres predecesores, mientras que las figuras importantes tratan de asimilar a sus antecesores y simultáneamente de buscar su propia voz. Al hacerlo, distorsionan, devalúan o reducen necesariamente a los héroes que son al mismo tiempo una fuente de inspiración y una maldición. Para Bloom, Shakespeare es la excepción, un coloso intocable que está por encima de todo el canon literario Occidental. Freud es el Shakespeare del psicoanálisis. Bowlby fue, sin lugar a dudas un "poeta fuerte" en términos de Bloom, aunque su principal disputa no fuera con Freud, sino con Klein y sus seguidores. Su malinterpretación y devaluación del psicoanálisis kleiniano (Holmes, 1993), con su inevitable reacción

–en su caso represión durante dos décadas de toda su obra de la literatura psicoanalítica, –fue necesaria y desastrosa al mismo tiempo.

En este capítulo defiendo que ya es hora de fomentar el reencuentro. La teoría del apego, con sus robustas raíces científicas, nunca ha sido una "escuela" y no ha sentido la necesidad de aferrarse a la cartilla bowlbiana. Por su parte, el psicoanálisis se ha abierto al mundo más amplio de la psicoterapia en general, así como a la neurobiología y filosofía contemporáneas –en parte porque, centenario al fin, ha avanzado en edad y se siente más cómodo consigo mismo, y en parte por la urgente necesidad de escapar del aislamiento intelectual.

Al igual que con cualquier conflicto bien resuelto, cada uno de los bandos puede celebrar la victoria. Bowlby fue crítico con el psicoanálisis de sus días por su confianza en la autoridad más que en la evidencia, su insistencia en la primacía de la fantasía sobre el trauma real en la etiología de la neurosis y las limitaciones de una perspectiva intrapsíquica en oposición a la perspectiva interpersonal de las relaciones. En la actualidad podemos referirnos al peso de la investigación empírica en el psicoanálisis (Fonagy, 1999), al reconocimiento por parte de los escritos psicoanalistas de la centralidad del abuso y del trauma, especialmente en los orígenes de la patología límite (Garland, 1998) y a la floreciente escuela interpersonal que se ha desarrollado a partir del trabajo de Winnicott y Sullivan (Mitchell, 1998). Igualmente, en lo que respecta al trabajo clínico, la teoría del apego siempre ha aceptado ser una variante de la teoría de las relaciones de objeto, y ha reconocido que la explicación de las conductas externas por las que originalmente se interesó, debe ser complementada desde la descripción experiencial de sus correlatos en el mundo interno –en la evocativa frase de Main (1995:410), desde un "avance al nivel de representación". Lo que se *siente* no es un vínculo de apego –y menos si es ansiedad, evitación o ambivalencia– sino un self, problemático o no, en relación a otro, tanto si es la madre, el amante o el terapeuta.

Defiendo que la ansiedad de influencia ha sido completamente superada y que el psicoanálisis y la teoría del apego pueden comenzar a influirse mutuamente con una menor proyección defensiva y sin fraccionamientos.

Neurobiología y psicoterapia psicoanalítica

Bowlby insistió siempre en que la psicoterapia no era menos "biológica" que los procedimientos farmacológicos de la psiquiatría. Nuestra capacidad para establecer relaciones ha sido modelada por la evolución y está mediada por la arquitectura física y bioquímica del cerebro. Tanto por razones políticas como clínicas, los psicoterapeutas ignoran la biología a su riesgo. Políticamente, el poder social de la ciencia (por no mencionar la influencia de las compañías farmacológicas en la medicina) es tan fuerte que cualquier disciplina psicológica debe ser capaz de contenerse en ese campo. Freud no tuvo dificultades para reconocer la contribución de lo que él denominaba "factores constitucionales" en la neurosis. Si, como parece probable (véase más adelante), el trauma y los cuidados parentales inefectivos durante la infancia producen efectos estructurales sobre el cerebro, lo que a su vez afecta sobre las respuestas fisiológicas ante el estrés de la vida adulta, los psicoterapeutas deberían considerarlo en su trabajo. Del mismo modo, nosotros debemos saber en qué medida la psicoterapia puede preservar o mitigar las respuestas fisiológicas adversas y si *esto* se manifiesta a través de una función cerebral alterada. A continuación no se presenta una revisión sistemática de la neurobiología de las relaciones, pero se subrayan algunos temas básicos que son centrales para los argumentos del presente libro.

En la vida interuterina, las fisiologías de la criatura y de la madre están íntimamente conectadas. Existe la tendencia a asumir que este estado de acontecimientos llega a un final abrupto en el momento del nacimiento, y que a partir de ahí la relación madre-bebé es fundamentalmente psicológica. Hofer (1995) estudió la fisiología de ratas recién nacidas mientras permanecían en el nido con sus madres. Descubrió una compleja relación entre varios aspectos de la interrelación y la fisiología de las crías de rata. La actividad y movilidad de las crías estaba regulada por el calor y el olor de la madre, la secreción de la hormona del crecimiento por su tacto, el ritmo cardíaco por la cantidad de leche intra-gástrica y el ritmo de sueño por la periodicidad con la que se les daba la leche. Así pues, la madre

contribuye en los mecanismos homeostáticos fisiológicos y sistemas regulatorios de las criaturas mucho después del nacimiento.

Estos estudios ilustran una de las discusiones entre los teóricos del apego y los psicoanalistas, los primeros subrayando las maneras en que se relacionan activamente la madre y el bebé entre sí a partir del nacimiento, mientras que la influyente explicación de Mahler (Mahler et al., 1975) mantiene el modelo de "huevo" de Freud y asume una simbiosis bastante indiferenciada durante los primeros meses de vida. El trabajo de Hofer sugiere que ambos puntos de vista tienen su parte de razón –existe una simbiosis fisiológica, pero surge a partir de la relación. No tenemos certeza del significado clínico de este hecho, pero resulta tentador especular que la desregulación del afecto en el trastorno límite de personalidad tenga sus orígenes en los trastornos del sistema psicofisiológico regulador madre-bebé de la infancia, en parte debido al temperamento, pero quizá también debido al estrés o depresión de la madre y al apego desorganizado concomitante de la criatura.

La idea de que los trastornos tempranos en la relación madre-criatura puedan tener efectos prolongados sobre las respuestas fisiológicas en la vida adulta ha sido defendida por Rosenblum y Coplan (Rosenblum et al., 1994) recurriendo a los monos macacos. Para los estudios clásicos con madres adoptivas de Harlow (Harlow y Bowlby fueron muy amigos y se influyeron mutuamente) se recurrió a condiciones de privación extremas, poco probables de encontrar normalmente incluso en las familias más disfuncionales, Coplan y sus colaboradores han creado el equivalente a familias en dificultad, en las que las madres están expuestas a una "condición variable de búsqueda de alimento", según la cual éstas deben dedicar bastante tiempo y energía a la obtención de alimento durante la infancia de sus bebés. Estas madres son más ansiosas y menos responsivas con sus bebés que las madres comparables correspondientes a una condición de "menor búsqueda de alimento". Se dejó que las criaturas crecieran y, como adultos jóvenes, fueron comparados en sus respuestas fisiológicas ante los agentes provocadores de ansiedad yohimbina (noradre-

nérgico) y mCPP (serotonérgico). Ésos con madres de la condición variable de búsqueda de alimento mostraban visiblemente respuestas anormales, más hiper-reactividad a la yohimbina e hipo-responsividad al mCPP. Los autores concluían que "los sucesos de la primera infancia pueden alterar el desarrollo neural de sistemas que son centrales para la expresión de trastornos de ansiedad en la edad adulta" (Rosenblum et al., 1994:226).

Estos estudios sugieren que lo que denominamos "vínculo de apego" es un estado psicofisiológico complejo. Bowlby observó que la metodología de la etología del organismo en su totalidad podría servir para colocar las ideas psicoanalíticas en un marco científico razonable, por contraste con las limitaciones del estímulo-respuesta del conductismo de sus días. En la actualidad hemos comenzado a ir más allá y a vincular la observación etiológica con la neuroquímica y la arquitectura cerebral, tanto química como experimentalmente. Ahora podemos observar directamente el impacto de la psicoterapia sobre el cerebro. En un diseño de caso único, Viinnamaki et al. (1998) emplearon una tomografía de emisión de fotón único (SPET) para comparar a dos jóvenes con depresión y trastorno límite de personalidad, uno tratado con un año de psicoterapia dinámica y el otro no. Las imágenes iniciales del SPET de ambos individuos mostraban una admisión reducida de serotonina en el área prefrontal medial en comparación con 10 controles sanos. Tras un año de terapia, el patrón SPET del paciente tratado había revertido a la normalidad, mientras que el del paciente no tratado seguía siendo idéntico. Esto es particularmente interesante a la luz de un estudio con neuroimágenes de Teasdale et al. (1999), quienes sugerían que el córtex prefrontal medial es importante en el procesamiento de los significados relacionados con el afecto.

Alan Shore (1997), investigador cerebral y psicoanalista, describe un intenso intercambio madre-bebé, basado predominantemente en los sistemas visuales, pero también en el tacto y en la vocalización, en los que el cerebro derecho de cada uno se encuentra en constante estado de comunicación inconsciente. En este mundo el bebé capta

tanto los placeres de los intercambios sociales como el modo de afrontar sus interrupciones. Las interacciones visuales descargan opiáceos endógenos en el bebé, y la madre permanece atenta en sus intentos por ayudar al bebé a aprender la regulación del afecto y a reparar las inevitables discontinuidades del apego que se originan en la vida cotidiana.

Este vínculo entre los significados y la biología se observa también en el trabajo de Insel (1997) sobre los mecanismos neurobiológicos que subyacen al apego mismo. En sus estudios con campañoles monógamos de la pradera, Insel observó que la preferencia de la pareja tras el apareamiento podía ser bloqueada en los machos mediante antagonistas de vasopresina y en las hembras mediante antagonistas de oxitocina. Sugería que estos péptidos se descargan durante el apareamiento (al igual que durante el apareamiento humano) y actúan para cementar un vínculo específico de la pareja, en contraste con los campañoles de la montaña más promiscuos. Aquí podemos hallar la confirmación de la conocida afirmación de Fairbairn (1952) según la cual "el sexo es una señal del objeto", y la identificación de una base molecular posible que subyace a la formación de un vínculo de apego. Podemos especular también que la cuasi adictiva calidad de las conductas auto-tranquilizantes perversas, como los cortes en los pacientes límites, podrían estar mediadas de una forma similar –si se descargan opiáceos endógenos o péptidos, entonces tales conductas patológicas también serán auto-reforzantes. La cuestión es que un sujeto enfrentado a una situación estresante busca una base segura; el proceso de vinculación descarga opiáceos endógenos, lo que provoca la relajación y la sensación de seguridad del individuo. Tales actos aparentemente perversos como auto-lesionarse con cortes pueden cortocircuitar este proceso y producir el estado fisiológico de base segura, usando el cuerpo como medio para lograrlo. Este argumento biológico no es incompatible con las explicaciones psicológicas, como la idea de Fonagy (1997) según la cual en el apego inseguro, especialmente en el desorganizado, el cuerpo se convierte en un vehículo de otro extraño introyectado de quien el individuo no puede ni distanciarse pacíficamente ni con quien puede coexistir armoniosamente.

Neo-darwinismo

Mitchell (1998) estableció una distinción importante entre lo que denominaba el "Darwin de Freud" y el "Darwin de Bowlby". Como correspondía a sus orígenes del siglo XIX, Freud se concentró en el mensaje darviniano sobre la influencia de la herencia filogenética del hombre: cómo las "fuerzas primitivas" subyacían tras el barniz de la civilización.

El Darwin de Bowlby, por contraste, se interesa por la adaptación y la supervivencia. En el "contexto de la adaptación evolutiva", donde las criaturas están expuestas a los depredadores y donde la única garantía de seguridad es el vínculo con el progenitor, habrá una intensa presión selectiva hacia las conductas de apego, y en consecuencia es legítimo ver el apego como un impulso sólidamente integrado en el sistema nervioso.

Esta divergencia con respecto a Darwin apunta hacia otras importantes diferencias entre las perspectivas del apego y del psicoanálisis sobre la naturaleza de las defensas inconscientes y psicológicas. En el auto-centrado inconsciente de Freud, la sexualidad y la agresión se mantienen a raya –fuera del conocimiento consciente– mediante mecanismos de defensa como la represión o el fraccionamiento. Igualmente, la teoría del apego postula que nuestros pensamientos y acciones están modelados por fuerzas sobre las que tenemos escaso control y que a menudo son inconscientes, pero que no producen luchas mentales. Las conductas de apego no son ni más ni menos conscientes que, por ejemplo, los procesos digestivos. Como ya se ha sugerido, el niño que sufre un accidente en el centro escolar, protesta poco en el momento y rompe a llorar cuando es recogido por su madre al final de la jornada escolar, no está interpretando y dando salida a su ira edípica por ser excluido por sus progenitores, sino que simplemente se comporta siguiendo los silenciosos dictados del imperativo del apego –ante una amenaza o enfermedad, buscar y aferrarse a una figura de apego que sea base segura hasta ser aliviado, antes de volver a la exploración y juego autónomo.

Podríamos denominar a estas dos sensaciones del inconsciente como el inconsciente "automático" y el "activo". Evidentemente, es

posible imaginar una jerarquía de la "inconsciencia" comenzando por el inconsciente fisiológico; avanzando hacia el inconsciente conductual implícito de la teoría del apego, a través del preconsciente de Freud, que es equivalente a lo postulado por la terapia cognitivo conductual, en la que los pensamientos automáticos determinan sentimientos y acciones sin que seamos conscientes de ellos, y, por último, el inconsciente clásico de Freud en el que los pensamientos molestos se mantienen activamente fuera de la conciencia mediante mecanismos como la represión y el fraccionamiento. Claramente, el inconsciente automático y el inconsciente activo no se excluyen mutuamente. Un niño inseguro con un estilo de apego evitativo podría, al encontrarse con su madre tras la jornada escolar, desear llorar y aferrarse a ella, pero ha aprendido por experiencia que tales conductas son más tendentes a generar desaires ("menudo espectáculo por un minuto de gloria"), y por ello se aproxima a ella más de lo habitual, sin explicitar sus sentimientos ni para ella ni para él mismo. Aquí podríamos postular una supresión activa de las necesidades de apego y de cualquier ira que podría derivarse de la insatisfacción de éstas, equivalente o similar a la idea freudiana de represión. El niño podría estar luchando contra sentimientos de vergüenza y su deseo "infantil" de ser aliviado, lo que, a su vez, se sumaría a la baja auto-estima, narcisismo y, mediante la identificación con el agresor, la necesidad de atacar a los demás que sean más vulnerables que él –los niños evitativos tienden a mostrarse agresivos (Main, 1995).

El punto clave de las defensas desde la perspectiva del apego es que son estrategias interpersonales para afrontar contextos subóptimos. Su finalidad no es tanto la de preservar la integridad del individuo ante los impulsos internos conflictivos, sino la de mantener apegos ante fuerzas relacionales que amenazan con perjudicarlos. El cuerpo es la zona intermedia entre la mente y el Otro. Dimacio (1994) defiende que pensamos con nuestros cuerpos, y la teoría del apego sugiere que el modo en que experimentemos nuestro cuerpo (p.ej., sensaciones de tensión o pánico sobre la separación, por ejemplo) tiene un origen relacional. Los cuerpos y sus apegos garantizan que las mentes sean inevitablemente sociales.

Esto está vinculado con los intentos de Slavin y Kriegman (1992), Chisholm (1996), Nesse (1990) y otros para relacionar las ideas neodarvinianas con el psicoanálisis. Las adaptaciones que conducen a una mejor condición física son siempre acomodaciones: concesiones, por ejemplo, entre optar por colonizar un contexto inclemente con pocos competidores y uno más fértil pero donde la competición sea más intensa.

Del mismo modo que en los humanos, la adaptación en los animales sociales se produce tanto en lo que respecta al contexto interpersonal como al físico y aquí, también, los compromisos son esenciales. En la sociedad humana, las personas somos competidoras por los recursos y mutuamente dependientes para nuestra supervivencia. Nesse (1990) cuestiona el valor adaptativo de la represión –seguramente cuanto más nos conozcamos, más capaces seamos de salir victoriosos de la cooperación o competición sobre nuestros semejantes. Este autor sugiere, sin embargo, que solemos subestimar el rol que desempeña el engaño en las relaciones sociales. El niño herido cuya madre estresada suele responderle con desaires tiene más probabilidades de obtener algunas migajas de atención si logra persuadirla de que no le agotará con sus demandas. Nesse sugiere que este niño tiene más probabilidad de lograrlo si se engaña a sí mismo (i.e., reprime su necesidad e ira) y engaña a su madre.

¿Cómo cuadramos esta perspectiva algo cínica con la valoración psicoanalítica del auto-conocimiento y los esfuerzos por reducir el poder de las defensas? A continuación se presentan las dos repuestas. En primer lugar, cuanto más débil sea la posición de una persona, mayor es su necesidad de engaño –propio y ajeno. Desde una perspectiva evolutiva, tras las primeras semanas de vida, existe un conflicto potencial entre las necesidades de la madre y las de la criatura. La criatura quiere todo lo que pueda obtener –amor, atención, alimento, protección– de la madre. Ella necesita que su hijo sobreviva, pero también quiere producir más criaturas y, para que esto ocurra, dirigirá su atención a su pareja y a los restantes hijos que vengan. Por lo tanto, en interés del niño se reprimen los deseos edípicos de posesión exclusiva de la madre y de miedo y resentimiento hacia el padre

–para engañarse a sí mismo y a los demás a favor de la estabilidad familiar. En este estadio, la represión es adaptativa. A medida que la criatura crece en fuerza y se reduce su dependencia, su bienestar físico dependerá más de su habilidad para comprenderse a sí mismo –disponer de un "mente propia" (Caper, 1999)– y de su capacidad para tolerar la separación de los demás y la divergencia entre los intereses de éstos y los propios.

Un segundo aspecto se refiere a la diferencia entre las estrategias reproductoras a corto y a largo plazo. En condiciones adversas, los progenitores pueden "decidir" que la mejor opción consiste en maximizar el número de descendientes, con la esperanza de que al menos sobrevivan algunos, optando por la cantidad en lugar de por la calidad (Tabla 3.1).

En tal caso, la habilidad de la criatura para engañarse puede ser crucial para su supervivencia. La criatura evitativa permanece suficientemente cerca del progenitor desdeñoso como para mantenerse en contacto y por lo tanto lograr cierto grado de protección, pero no excesivamente cerca como para provocar el rechazo abierto. La criatura ambivalente y que se aferra con ahínco siente la incapacidad del progenitor para proporcionarle un apoyo seguro y coherente a largo plazo, por ello se aferra a la esperanza de extraer todo el cuidado que pueda en el menor tiempo posible. Ninguna de las estrategias es "maladaptativa" dadas las circunstancias a las que se enfrentan. Lo que denominamos "represión" y "apego inseguro" son formas de afrontar contextos subóptimos. Al igual que con los descendientes de la condición de alimento variable de los monos previamente mencionados, los niños con apegos inseguros estarán discapacitados para manejar sus emociones durante la edad adulta, y por lo tanto es posible que su competencia reproductora se vea reducida, pero como mínimo han sobrevivido. La eliminación de la represión o de la fragmentación, o aprender patrones de apego seguro en lugar de inseguro sólo será adaptativo cuando las condiciones ambientales sean favorables.

Todo esto puede parecer ciertamente especulativo y teórico, pero de ello se derivan importantes implicaciones clínicas. Las personas toleramos la tendencia a la manipulación de los niños, y algunas

veces incluso la encontramos entrañable, pero cuando nuestros pacientes "límite" tratan de manipularnos –engañarse a sí mismos y a nosotros– respondemos airadamente con desdeño, perpetuando así el círculo vicioso.

Con ayuda de la psicoterapia, somos capaces de ayudarles a progresar a patrones de apego más seguro y a ser más conscientes de sí mismos y a confiar menos en la represión y en la fragmentación. Pero esto sólo tiende a producirse si son capaces de hallar un contexto estable, uno en el que las estrategias de protección y cuidado a largo plazo sean adaptativas. Existe un importante vínculo entre la psiquiatría social y la psicoterapia. Las comunidades terapéuticas, que son necesarias para muchos pacientes con trastornos severos de personalidad, tratan de ofrecer precisamente tan contexto (Camping & Haigh, 1999).

Tabla 3.1. Un modelo descriptivo del modo en que los tres principales patrones de organización del apego pueden derivarse de la interacción entre las estrategias reproductoras de los progenitores y las estrategias evolutivas (i.e., reproductivas incipientes) de los hijos e hijas.

Clasificación del apego	Estrategia reproductora del progenitor	Estrategia evolutiva del niño
Evitativo inseguro	• Corto plazo • Sin voluntad de invertir • Alto esfuerzo de apareamiento • Desinterés o rechazo del hijo	• Maximiza la supervivencia a corto plazo • Evita al progenitor desdeñoso, potencialmente infanticida
Seguro	• Largo plazo • Capaz y con voluntad de invertir • Mucho esfuerzo por su responsabilidad de cuidar del hijo • Incondicionalmente aceptante, sensible y responsivo con el hijo	• Maximiza el aprendizaje a largo plazo, la calidad del desarrollo • Mantiene la inversión del progenitor "rico"
Ansioso, ambivalente Inseguro	• Corto plazo • Incapaz de invertir • Esfuerzos de portarse como progenitor pero con recursos inadecuados • Incoherente, preocupado pero no rechaza al hijo	• Maximiza la maduración a corto plazo, "cantidad" de desarollo • Mantiene la inversión del progenitor "pobre"

En resumen, para Freud, el conflicto intrapsíquico se encuentra entre un id darviniano primitivo, un superego duro y un ego que hace todo lo que puede para mediar entre ellos. El neo-darvinismo de Bowlby es mucho más próximo a las preocupaciones psicoanalíticas contemporáneas. Aquí el conflicto se encuentra entre el narcisismo del organismo determinado para maximizar el bienestar evolutivo a corto plazo y la necesidad de colaboración a largo plazo, que implica la habilidad para dejar de lado los objetivos puramente egoístas cuando así convenga y valorar la relación. Ser capaz de comprender los puntos de vista de otra persona es una parte esencial de este proceso, como también lo es la habilidad para verse a sí mismo y los propios deseos desde un punto de vista exterior. La psicoterapia puede desempeñar un rol vital en el fomento de estas habilidades.

Enfoques categoriales versus narrativos en la psiquiatría y la psicoterapia

La creación por parte de Mary Main de la Entrevista de Apego Adulto (EVA) es quizá el factor simple más significativo en la revitalización actual de la teoría del apego y de su popularidad en los círculos psicoterapéuticos (Main & Goldwyn, 1995). La EVA es comparable a una entrevista de evaluación psicoterapéutica destinada, en palabras de Main, a "sorprender al inconsciente" para que saque a la luz sus secretos. La principal innovación del enfoque de Main es que ésta analiza más el estilo y la forma de las respuestas lingüísticas de los respondentes, que en el contenido de las respuestas. Lo que cuenta es el *modo* en que los individuos responden a las cuestiones sobre el trauma, las relaciones parentales y las pérdidas y no el *qué* del trauma mismo.

Al llegar a una formulación al finalizar la entrevista de evaluación, un profesional maduro estará tan influido por el estilo con que el paciente relata su historia como por la historia misma, y prestará atención a sus propias respuestas emocionales ante los tirones y empujes de la psique del paciente. La EVA permite este tipo de sofisticación, y aparentemente produce unas categorías estables y fiables que pueden ser usadas con fines científicos y para guiar la práctica clínica.

Aunque las tres principales categorías del apego inseguro que establece la teoría del apego –evitativo-desdeñoso, ambivalente-enredado y desorganizado-incoherente– tienen validez científica, deberíamos tomar precauciones antes de asumir que las categorías del apego puedan adaptarse fácilmente a los fenómenos clínicos. Muchos de los pacientes atendidos en la práctica clínica muestran patrones tanto evitativos como ambivalentes en momentos diferentes y en circunstancias distintas. Con todo, muchas de las aportaciones que han resultado tan interesantes y útiles se han derivado de esta clasificación. A continuación se mencionan algunas de ellas.

1. *Transmisión intergeneracional*. En primer lugar, hemos comenzado a comprender los mecanismos de transmisión intergeneracional de la salud y vulnerabilidad psicológica –la respuesta de la psicoterapia al proyecto del genoma (véase Capítulo 7). Las madres embarazadas valoradas como inseguras en la EVA tienden a tener criaturas que con un año de edad reciben clasificaciones iguales en la Prueba de la Situación del Extraño (Fonagy et al., 1995); esto se ha replicado en múltiples ocasiones. La reflexión sobre los posibles mecanismos a través de los que ocurre esto nos conduce al siguiente hallazgo importante.
2. *Función reflexiva*. Fonagy (que con sus colaboradores ha estado al frente de la aproximación entre la teoría del apego y el psicoanálisis; Fonagy, 1999a; Fonagy, 2001; Fonagy y Target, 2000) ha identificado la "función reflexiva" –una versión de la idea psicoanalítica de insight– como la clave principal de las narraciones seguras en la EVA. La habilidad para pensar y hablar sobre el dolor pasado es un factor proyectivo que conduce al apego seguro, independientemente de cuán dramática haya sido la infancia. Este inspirador hallazgo es en sí mismo un endoso de psicoterapia, una de cuyas muchas funciones podría decirse que es la de fomentar la función reflexiva.
3. *Vías evolutivas*. La clasificación del estatus de apego de los bebés y su seguimiento posterior, cuya duración más prolonga-

da ha sido de 18 años, ha confirmado una de las presunciones básicas del psicoanálisis: la continuidad entre los patrones relacionales de la infancia y los patrones posteriores de la vida adulta. Dependiendo del estatus de apego, los niños se comportan coherentemente cuando inician su edad escolar, con 10 años y cuando se les pide que participen en una entrevista EVA en la adolescencia (Main, 1995). Los niños seguros son más extrovertidos, más propensos a pedir ayuda a sus profesores y a ser más populares que sus compañeros inseguros. Los niños evitativos tienden a mostrarse más gallitos, mientras que los niños ambivalentes suelen ser frecuentemente las víctimas. Entre los primeros, la coerción se usa para mantener el contacto con el otro; entre los últimos, se recurre a la victimización. Estas continuidades se retrotraen hasta el primer año de vida y se relacionan con el modo en que han sido tratados por sus progenitores durante ese período. Los niños cuyos progenitores son responsivos, sensibles y sintonizados tienden a mostrar un apego más seguro; aquellos con progenitores desdeñosos y bruscos suelen tender a ser más evitativos, los que tienen progenitores incoherentes tienen una mayor propensión a ser ambivalentes y ésos cuyos progenitores han experimentado un trauma grave suelen presentar tendencia a la desorganización. Los estilos de apego parecen representar vías evolutivas estables en las que los patrones particulares de seguridad o inseguridad evocan respuestas de atención y cuidado que perpetúan tales patrones y en la que las conductas de atención y cuidado particulares son coherentes a lo largo del ciclo vital y, por lo tanto, tienden a reforzar los estilos de relación preexistentes. Esto no equivale a decir que el movimiento de, digamos, una vía insegura a una segura no pueda producirse –por ejemplo, cuando las madres deprimidas reciben psicoterapia o cuando establecen buenas relaciones con sus nuevos cónyuges.

4. *Desarrollo normal y anormal.* Una diferencia clave de algunas escuelas del pensamiento psicoanalítico es la aguda diferenciación que establece la teoría del apego entre las vías de

desarrollo normal y anormal –o seguro e inseguro–, que parecen divergir desde las primeras semanas de vida. En algunos textos psicoanalíticos existe la tendencia a ver "mecanismos mentales primitivos" como un rasgo normal de la infancia, que se superan, en mayor o menor grado, según se procede con el desarrollo, y a menudo dejan una "semilla psicótica" residual en la personalidad. Este punto de vista queda reflejado en el aforismo "nacemos locos, alcanzamos la salud y morimos", refiriéndose, como lo hacen los mecanismos psicóticos tempranos, a la difícilmente ganada posición depresiva y, por último, a la necesaria aceptación de la pérdida. La investigación influenciada por la teoría del apego sugiere que este modelo no debería ser considerado como hito de la psicología evolutiva general. Por ejemplo, el conocido "sub-estadio" evolutivo de aproximación de Mahler (Mahler et al., 1975), en el que una criatura curiosa parece perder seguridad en el mundo y se aferra a su madre, puede representar una versión del apego inseguro más que una fase evolutiva normal –que no equivale a decir que el apego inseguro deba ser siempre considerado como significativamente "anormal".

5. *Los orígenes de la sensación del self*. Bowlby (1988) era partidario de subrayar las necesidades de continuidad del apego a lo largo del ciclo vital; para él, el apego es intrínseco a la naturaleza humana, no alguna propensión infantil que se cura con la madurez. No hay duda de que la dinámica del apego se mantiene a lo largo de la vida y que, de un modo "inconsciente automático" ha sido anteriormente descrita, los adultos buscan su base segura, dirigiéndose a las figuras de apego en los momentos de amenaza, estrés y enfermedad –y muchas veces los hospitales pueden convertirse en sustitutos de este proceso. Sin embargo, si a muestras no clínicas de adultos se les pide que describan su base segura, tal y como se apuntaba en el Capítulo 2, además de mencionar a sus parejas, sus animales de compañía, familiares y amigos cercanos, y recursos cuasi-transicionales como los baños calientes, edredones,

álbumes de fotografías, estar en contacto con la naturaleza, libros y música favorita, describirán también el alivio que les produce la *sensación del self* –de saber quién es uno, de dónde viene y hacia dónde se dirige.

La observación infantil desde una perspectiva influida por el apego puede servirnos para delinear los orígenes de una sensación de self que complemente los puntos de vista psicoanalíticos. Para Trevarthen (1984) la "inter-subjetividad primaria" se refiere a la capacidad de la madre para identificarse con su criatura; esta capacidad para que las propias necesidades y emociones reciban respuesta ayuda en el proceso de descubrir quién es uno. Como ha señalado Fonagy, esta habilidad depende, a su vez, de que la madre sepa quién es ella. La idea de sintonización de Stern (1985), especialmente la "sintonización trans-modal", en la que el progenitor recoge y devuelve el reflejo de los ritmos auto-generados del bebé, es para él un núcleo básico de la sensación de self del niño.

En la famosa formulación de Winnicott (1967), el *rostro de la madre* es el espejo en el que el bebé comienza a reconocerse a sí mismo. Los estudios de Gergely y Watson (1996) sobre la interacción madre-criatura amplían esta idea mostrando cómo en los episodios interactivos claramente definidos, la madre implica a la criatura en el juego del reflejo. Ella lo hace de dos formas: la primera "marcando", una forma de exageración mediante la cual la madre amplifica las expresiones faciales y vocalizaciones normales, diferenciándolas así de sus propias expresiones faciales cotidianas, y la segunda, mediante la "contingencia", una disposición lateral rigurosa de modo que sólo imite o siga la cuerda del bebé en lugar de (en estos breves episodios de reflejo) iniciar o imponer sus propios sentimientos.

Estas observaciones sugieren cómo se genera una sensación de self a partir de un contexto interpersonal, y pueden aportar una base segura en momentos de necesidad. Sugiere también que una sensación *insegura* del self puede surgir cuando la madre es incapaz de aislar sus propios sentimientos y, en consecuencia, de producir la marcación y contingencia requeridas. Si está deprimida o preocupada

por sus propios sentimientos incontenidos, puede imponer tales sentimientos, o no ser responsiva, de modo que lo que el niño "ve" en el reflejo del rostro es el vacío o la tristeza de la madre, lo que, a su vez, puede establecer modelos de apego inseguros. El individuo evitativo dispone de un self fraccionado, incapaz de procesar o de aliviar. El individuo ambivalente dispone de una sensación deficiente del self y debe aferrarse a otra persona para saber quién es él mismo. La inversión de roles y los cuidados compulsivos asociados con el apego desorganizado (Main, 1995) pueden tener sus orígenes en esta extrema sensibilidad a los estados anímicos de la madre que ocurren cuando la relación de reflejo se distorsiona o se invierte. Volveremos a referirnos con más detalle a este tema en el Capítulo 7.

Podemos especular adicionalmente que las reglas básicas de la técnica psicoterapéutica –límites definidos entre la terapia y la "vida normal", es decir, las conductas "sobre el diván" o "fuera del diván"– y la capacidad para seguir la cuerda del paciente, en lugar de imponer la propia agenda, son analogías del proceso de reflejo y sugieren formas en las que la terapia podría fortalecer la sensación de self en los sujetos. Beebe y Lachman (1988: 19) subrayan "las interacciones mutuamente reguladas entre el analista y el paciente de afecto, estado anímico, activación y ritmo. Las interacciones no verbales en el micronivel de adaptación del ritmo, modulación de la curva vocal, las pausas, la adaptación postural y la regulación de la mirada normalmente no reciben el reconocimiento adecuado en el proceso del tratamiento".

Pero únicamente el reflejo no es suficiente para que una terapia sea satisfactoria. Dozier et al. (1994) administraron la EVA tanto a los clientes como a sus terapeutas. Descubrieron que los profesionales inseguros tendían a *reforzar* los estilos de apego inseguros de sus clientes, mientras que los profesionales seguros eran más propensos a *reparar* sus dificultades. Los clientes enredados eran percibidos por los profesionales inseguros como más necesitados y como requiriendo mayor input clínico que los pacientes evitativos, mientras que los profesionales seguros tenían la percepción opuesta. Inversamente, los profesionales seguros veían a los clientes evitativos como con mayor necesidad de input, mientras que los profesionales inseguros

tendían a reforzar su evitación. En este caso la EVA se empleó como una medida fiable de contratransferencia y sugiere que los procesos conducentes a la seguridad en la terapia son significativamente análogos a los hallados durante la infancia. Curiosamente, una conclusión similar se obtuvo a partir de un tipo de estudio completamente diferente, observando las expresiones faciales de terapeutas y pacientes en relación a los resultados de terapias breves (Merten et al., 1996). Los resultados favorables se correlacionaron con expresiones faciales "complementarias" (p.ej., el terapeuta permanecía serio mientras el paciente aparecía aliviado), mientras que los resultados negativos coincidían con patrones "recíprocos" (es decir, coincidentes) de afectividad facial. Esto sugiere, además del "reflejo", que una respuesta equilibradora –en la que el terapeuta es capaz de identificar el aspecto fraccionado o reprimido del mundo interno del paciente– es igualmente importante para la producción de resultados satisfactorios.

Categorías diagnósticas en la práctica clínica

Las distinciones entre patrones de apego inseguro evitativo, ambivalente e incoherente no son nuevas. Se adaptan fácilmente a las formulaciones psicoanalíticas más generales de patologías esquizoide, histérica y límite. La investigación de la teoría del apego relativa a la psicopatología evolutiva ha logrado establecer la solidez de estas categorías como descripciones de fenómenos reales en una variedad de poblaciones de diferentes culturas (Van Ijzendoorm et al., 1995).

¿Pero cuál es la utilidad de estas clasificaciones en la práctica clínica? Ciertamente, tienen su valor. Por ejemplo, Hobson et al. (1998) han demostrado que los pacientes "límite" derivados a psicoterapia son mucho más propensos a ser valorados como desorganizados en la EVA que los pacientes con trastornos depresivos. Fonagy et al. (1995) sugirieron que la evitación predice mejores resultados que la ambivalencia en respuesta a la psicoterapia psicoanalítica. Esto puede entenderse en términos de Stile y sus colaboradores (1990) como "modelo de asimilación" (comentado en el Capítulo 5) en el cual la

identificación de los sentimientos desviados es una tarea clave para las terapias psicoanalíticas en oposición a las cognitivas. Las personas evitativas niegan o "desactivan" sentimientos, y pueden ser ayudadas a ponerse en contacto con ellos a través de enfoques psicoanalíticos; los pacientes ambivalentes "hiperactivan" las estrategias de apego y esta tendencia podría exacerbarse con una terapia psicoanalítica no apropiada. Puede ser clínicamente preferible considerar la evitación y la ambivalencia más como dimensiones que como categorías discretas (Brennan et al., 1988) (véase Figura 2.1). De forma similar, los estudios con pacientes que padecen trastornos alimentarios muestran una mezcla de patrones evitativos ambivalentes, sin vínculos claros entre la bulimia o la anorexia y entre una u otra categoría de apego. La mayoría de los profesionales podrían identificar aspectos de los tres patrones de apego en muchos de sus pacientes.

Esto sugiere una divergencia fundamental entre el modo en que se emplea la categorización para la investigación y para el trabajo clínico, un contraste entre los enfoques de medicina basados en las pruebas o basados en la narración (Roberts & Holmes, 1998). Como defiendo en el Capítulo 8, la psicoterapia es fundamentalmente una disciplina narrativa en la que las categorías actúan no como entidades investigables discretas sino más como prototipos heurísticos que capacitan al profesional para penetrar más en la historia individual. Términos como "obsesionabilidad", "pensamiento psicótico", "fraccionamiento", "evitación", "buen pecho" o incluso "madre" y "padre", y en la terminología de este libro, "base segura", se usan libremente para designar tipos ideales que nos ayudan a pensar sobre un paciente particular. La clasificación de los estilos de apego, por el contrario, se basa en métodos científicos estandarizados de fiabilidad y validez.

Britton (1999) defiende desde una perspectiva psicoanalítica que "como psicoanalistas, deberíamos referirnos a síndromes, sobre la base de la experiencia característica que tenemos y engendramos en análisis, y no sobre la base de los síntomas o la nosología psiquiátrica". Comentando el caso de Anna O de Freud, añade que "es característico de la histeria que la escena primal se idealice y erotice y algunas veces también la de una unión romántica en la muerte". Postula

que, en los orígenes de la histeria, la relación madre-criatura no es "privilegiada" y, por lo tanto, los sentimientos de "castración" y de "muerte" de la propia sexualidad son fundamentales y conducentes a una romantización compensatoria de la pareja parental. Las complejas ideas de Britton parecen muy alejadas de las categorías del apego, sin embargo pueden establecerse relaciones entre ellas. La criatura evitativa que ha padecido desaires o la criatura ambivalente que ha sido incoherentemente atendida pueden sentir vergüenza y confusión sobre su "gula insatisfecha" (L. Loxtercamp, comunicación personal), sentimientos que podrían sintetizarse como "castración". La idealización brota en las narraciones evitativas en las que una infancia puede ser descrita como "brillante", "perfecta" o "normal", pero sin elaboración ni precisión. La separación y la pérdida son sentidas como muertes por el individuo ambivalente con tendencia a aferrarse.

La teoría del apego y el psicoanálisis se complementan entre sí. La teoría del apego se cimienta sobre pruebas –conductas medibles, tanto si consisten en formas de responder a las cuestiones de la EVA o a la separación en la Situación del Extraño. La teoría del apego muestra que los significados, en el sentido de patrones narrativos, surgen a partir de las conductas infantiles y los cuidados parentales. Cuando el progenitor sale del recinto en la Prueba de la Situación del Extraño durante 3 minutos, esto produce un impacto tanto en el inconsciente automático como en el inconsciente activo del bebé. Activa las conductas de apego –protesta, angustia, ansiedad– y tiene un sentido "edípico", evocando todo el miedo y las fantasías que el bebé pueda tener sobre la relación de sus progenitores y sobre lo que ocurre cuando él es excluido. El psicoanálisis se interesa sobre todo por los significados y por datos que son esencialmente subjetivos. Tanto en la teoría del apego como en el psicoanálisis, existe una oscilación entre los "datos" –la conducta observable del paciente, o las respuestas del "instrumento" contra-transferencial del analista– y una supraestructura que informa a la intervención clínica. Del mismo modo que el uso que hace Britton (1999) de las ideas kleinianas como la identificación proyectiva y la posición depresiva amplía el punto de vista de Freud sobre Anna O, la teoría del apego puede servir para clarificar y

guiar a los terapeutas en la complejidad de sus interacciones con sus pacientes, como se ilustrará en el siguiente capítulo.

Conclusiones

Mary Ainsworth (1989) identificó la sintonización, la sensibilidad y la responsividad como los sellos de los progenitores capaces de ofrecer un apego seguro a sus hijos. Pero la teoría del apego tiene tanta relación con la ruptura y la pérdida como con el apego mismo. El rasgo fundamental de la Situación del Extraño es la respuesta de un progenitor y un hijo a una separación breve. Los progenitores capaces de aportar un apego seguro son aquellos que pueden, en términos de Bion (1962), contener y metabolizar las emociones negativas –la infelicidad y la protesta de sus hijos ante la separación. Los progenitores de niños inseguros tienden a represaliar, ignorar o a mostrarse sobrecargados por su propio dolor y el de sus hijos ante la separación.

Del mismo modo, la terapia influenciada por la teoría del apego no consiste sólo, como parecía indicar Bowlby (1988) algunas veces, en ofrecer una base segura para el paciente. Se relaciona con la empatía y la responsividad, pero también con la diferenciación del terapeuta –su capacidad para tener una "mente propia" (Caper, 1999)– y los modos en que los pacientes manejan el ritmo del apego y la separación que es integral a la relación terapéutica. En el centro de la investigación sobre el apego se encuentra la Situación del Extraño, que incomoda y estresa brevemente al bebé, observando el patrón interactivo del progenitor y el hijo con respecto a la ruptura y a la separación del vínculo de apego. La ruptura y reparación de la alianza son al trabajo de psicoterapia lo que los cambios de clave y tensión armónica y su resolución a la música. Sólo en el contexto de un objeto hallado, perdido y reencontrado puede un paciente comenzar el desarrollo de la autonomía –una sensación del self a la que puede recurrir en los momentos de estrés. Ésta es la señal externa y visible de un mundo interno caracterizado por el pensamiento de la posición depresiva y la resolución del complejo de Edipo.

Este capítulo ha comenzado con la descripción que hace Bloom (1997) de un poeta fuerte, cuyo arquetipo es Milton, y su protagonista en el *Paraíso Perdido* es Satán. Desde el punto de vista de Bloom, Satán comienza por la pérdida, por la caída: "Aquí y ahora, en esta maldad, descubre su bondad; escoge lo heroico, para conocer la perdición y para explorar los límites de lo posible dentro de la misma" (Bloom 1997: 21). Esto nos recuerda al famoso epígrafe de Virgilio que incluyó Freud en *La Interpretación de los Sueños* ("Si no puedo doblegar los cielos, entonces elevaré el Infierno"). El poeta fuerte es aquel que puede descender al infierno, que no teme la muerte y, por lo tanto, que es capaz de enfrentarse a la pérdida. Todo esto, a mi entender, es aplicable a Bowlby en su capacidad para aprender del psicoanálisis sin aferrarse a él.

En suma, si la teoría del apego ha de contribuir significativamente al psicoanálisis contemporáneo, puede ser por ayudar a aceptar la muerte de su fundador. Como señalaba Lear (1998: 31-2), refiriéndose a los ataques contra Freud:

> Freud ha muerto. Murió en 1939, tras una vida extraordinariamente productiva y creativa. Bajo los continuos ataques contra él, irónicamente, subyace una falta de voluntad por dejarle marchar. Es Freud quien nos enseñó que sólo tras aceptar la muerte auténtica de una persona importante de nuestras vidas podemos comenzar a lamentarlo. Sólo entonces puede tal persona adoptar una vida simbólica plena para nosotros. Obsesionarnos con Freud, *el hombre*, es un modo de mantener a raya a Freud, *el significado*.

Bowlby puede ayudarnos a dejar que Freud se vaya. Freud ha muerto; larga vida al psicoanálisis –y a los nuevos paradigmas que, con ayuda de la teoría del apego, los estudios sobre desarrollo infantil, la neurobiología, la lingüística y el neo-darvinismo pueden comenzar a forjarse–. Pero alejémonos ahora de estos temas grandilocuentes y volvamos al pan nuestro de cada día del trabajo clínico.

4 Apego en la práctica clínica

Pacientes límites y el hospital

En este capítulo se analiza cierto material clínico desde la perspectiva del apego. La primera ilustración que se presenta resultará familiar a quienes trabajan en contextos psiquiátricos en general. La relación entre los pacientes límites y los servicios psiquiátricos suele ser problemática con mucha frecuencia. Estos pacientes se presentan en servicios de urgencias en estados de angustia, muchas veces a horas poco sociales y son admitidos en observación por médicos poco experimentados y muy preocupados. El personal de enfermería suele sentirse furioso, exasperado y maltratado. Se imponen "contratos" inefectivos sobre los pacientes, quienes a menudo suelen ser dados de alta precipitadamente tras algún episodio de conducta molesta, sólo para comenzar una vez más con el mismo ciclo poco tiempo después. Alternativamente, los pacientes que han estado afrontando el problema en casa pueden comenzar a regresar en el contexto hospitalario, con amenazas de suicidio o indefensión lo que dificulta que sean dados de alta, haciendo que su estancia se prolongue más de lo conveniente.

Sabemos que la mayoría de los pacientes con un trastorno severo de personalidad muestran patrones de apego inseguros en la Entrevista de Apego Adulto (EVA). Sus relaciones se caracterizan por las crisis frecuentes y por su intolerancia a la soledad. Una vez que hayan establecido el primer contacto con los servicios médicos, el hospital se convierte en la base segura al que se dirigirán, siguiendo los principios del apego, en los momentos de angustia (que son frecuentes dadas sus tormentosas relaciones y sus dificultades para auto-tranquilizarse). Sin embargo, el hospital actúa –o es inducido a actuar– como el típico progenitor que refuerza la inseguridad. El paciente puede recibir desaires (patrón evitativo) o, alternativamente, recibir un exceso de atención y después ser ignorado (patrón ambivalente). En consecuencia, el paciente se encuentra en constante estado de apego frustrado, bien rastreando en la proximidad del hospital sin ser capaz de hacer uso de él, o aferrándose a él, con miedo mortal a ser desahuciado o rechazado. Cuantas más de estas conductas se produzcan, más desaires o respuestas incoherentes evocarán por parte del personal, conduciendo a un ciclo vicioso cada vez más frustrante. Pase lo que pase, el apaciguamiento de las necesidades de apego, que requiere una mezcla de firmeza y proximidad, rara vez se logra. Esto no es de sorprender, porque permitir al paciente permanecer en el hospital durante un tiempo –ofreciéndole una base segura– está contraindicado, porque podría parecer que refuerza y no reduce la dependencia del paciente, especialmente cuando hay demanda de camas del hospital. Pero del mismo modo que se ha comprobado que ofrecer una taza de café y un bollo a los vagabundos sin techo en un centro de acogida y no rechazarlos, puede reducir ciertamente la reincidencia, hacer que el paciente límite sepa que una experiencia de apego segura está a su disposición cuando sea necesario puede igual y paradójicamente reducir el tiempo de estancia en el hospital. Es preferible una semana de buena experiencia que dos meses de frustración y el desahucio final. Una de nuestras pacientes límite más trastornada ha reducido significativamente el número de noches de hospital con sólo concederle a ella la posibilidad controlar sus propias admisiones con acceso inmediato a planta. Se le permite que acuda al hospital dos noches al mes (pero no más) cada

vez que sienta necesidad de hacerlo. Lo importante en este caso no son los detalles específicos del contrato, sino el hecho de que una "mente que le escucha" está ahí para contener y responder a la angustia de la paciente, segura en el sentido de que no le muestra rechazo ni es manipulable.

Estrategias de escucha

Esta capacidad para la escucha precisa y sensible es un ingrediente crucial de una psicoterapia satisfactoria. Una gran parte de la documentación psicoanalítica contemporánea se concentra en la habilidad del terapeuta para atender (o "escuchar") a sus propias respuestas emocionales ante el paciente –a identificar y comprender el "tirón" ejercido por el inconsciente del paciente en el propio y, en sus interpretaciones y respuestas, encontrar un equilibrio entre la empatía y la distancia que, mediante la resolución de las ansiedades edípicas y depresivas, ayude en el proceso de individuación del paciente (Caper, 1999). Pero, mientras nos escuchamos a nosotros mismos, también estamos escuchando al paciente –el rol del terapeuta equivale al del acompañante ante los esfuerzos solistas del paciente.

En este caso, el pensamiento del apego puede hacer una aportación clínica que complemente la técnica psicoanalítica estándar. Tal y como señala Slade (1999), "es posible desarrollar el oído para los temas del apego, así como para los patrones de apego, sin recurrir necesariamente a formas de pensamiento excesivamente simplistas que –aunque sean muy válidas para la investigación– son excesivamente estrechas para la situación clínica". La EVA analiza el estilo narrativo y lo traduce en patrones de apego. En el contexto clínico, el estilo narrativo del paciente –en particular, su tono de voz– aporta una clave similar sobre el estado de sus relaciones de objeto. El tono de voz, juntamente con la expresión facial y corporal, es lo que el paciente traslada hasta el recinto –una clave de incalculable valor para el patrón de apego transferencial.

Una historia de dos llamadas telefónicas

A continuación se presenta la descripción de dos sesiones, cada una de ellas relacionada con una llamada telefónica. Las conversaciones telefónicas son literalmente incorpóreas –una relación mediada sólo por los significados vocales y, por lo tanto, como con el paciente sobre el diván, más probablemente sojuzgadas a la fantasía que a la interacción frente a frente.

Kate: estilo de apego evitativo en terapia

Los pacientes con estilos evitativos suelen caracterizarse por duros timbres de voz no modulados, a menudo en varianza con una mirada implorante o suplicante en sus ojos. Kate, que a sus cuarenta y tantos no tenía hijos, había estado casada tres veces y solicitaba ayuda para una depresión que no remitía y que parecía seguir a las inevitables rupturas en sus relaciones. Tenía un hermano mayor, un abogado con éxito, y que ella estaba convencida era el hijo favorito de sus progenitores. Sus progenitores se habían casado bien cumplida la treintena, su padre un homosexual encubierto muy amable pero alcohólico y su madre, campeona de golf en su juventud, una mujer brusca con poco tiempo para cualquier señal de infelicidad o debilidad hacia sus descendientes. Tras unos pocos meses de terapia, conoció a un nuevo hombre y, cuando se produjo la inevitable crisis de apego –él no apareció cuando ella lo esperaba– en lugar de su estrategia habitual que consistía en "buscar su venganza en primer lugar" (es decir, rechazar antes de ser rechazada) y después zambullirse en la depresión, fue capaz de aguantar su ira y pánico hasta contar a su pareja cómo se había sentido y, cuando él pareció entenderlo, esto les había llevado a profundizar en su relación.

En terapia Kate temía los silenciosos comienzos de las sesiones y hablaba sobre sus anhelos por un hombre que hiciera cosas *para* ella –lavar su coche o arreglar la lavadora– sin que fuera ella quien tuviera que hacerlo todo. Esto es propio de una paciente evitativa, bajo cuya aparente auto-suficiencia se encuentra una profunda necesidad de ser protegida y cuidada. Su voz dura y sus puntos de vista extre-

mos (blanco o negro) hacían que las sesiones en algunos momentos fueran intimidantes para el terapeuta. En una de las sesiones mencionó a una amiga que vivía en el extranjero. Dijo estar harta de ella, porque nunca contestaba a sus cartas y porque ésta esperaba que ella, Kate, hiciera todo el esfuerzo en la relación (más quejas transferenciales, pensé). La amiga había llamado esa semana por teléfono para disculparse por no haber mantenido el contacto, pero Kate se había sentido tan furiosa que simplemente le había dicho cuán inútil como amiga era y había colgado el teléfono.

Todo esto fue relatado con un tono de voz duro, culpabilizante y auto-justificante que al terapeuta le resultó intensamente doloroso. Éste se sintió forzado a adoptar un par de posiciones incómodas, tanto a aceptar cuán dura había sido o a desafiarla por su actitud de rechazo, pensando para sí mismo "¡Te quejas de tu soledad, pero qué puedes esperar si tratas a tus amigos de ese modo!". El terapeuta trató de buscar una tercera vía comentando cuán triste y sola debía sentirse cuando colgó el teléfono, y para relacionar los sentimientos de tristeza que había tenido con ocho años de edad, cuando había sido enviada a un internado, y la finalización de la terapia. Con lágrimas en los ojos, y ahora con un tono de voz mucho más suave de lo normal, reconoció que no podía tolerar los desoladores sentimientos de vacío que se generaban en ella ante el rechazo, y que enfurecerse contra la otra persona y rechazarla ella misma era el único modo que conocía para afrontarlos, incluso aunque reconociera que actuar así reforzaba su propio aislamiento.

Más adelante (véase Capítulo 8) veremos que las intervenciones terapéuticas con pacientes evitativos conllevan la *apertura* de las narraciones auto-contenidas mediante las cuales se protegen a sí mismos de los sentimientos de apego inseguro. Por un momento Kate se mantuvo fuera de su propia historia y fue capaz de reflexionar sobre ella. Pudo observar su apego *al nivel de la representación* –el modo en que su tendencia al control, combinado con la negación de la necesidad, era lo que la llevaba a sabotear sus relaciones. Momentáneamente pudo captar los sentimientos de ira y de abandono reprimidos que subyacían a la justificada indignación hacia su amiga. En

este punto, rumió con tristeza haber perdido la habilidad para llorar, incluso en el funeral de su padre y la envidia que sentía hacia ésos que podían hacerlo.

El concepto de "evitación" de la teoría del apego, sirvió en este caso para formular la dificultad de la paciente. La persona evitativa se mueve entre el miedo a la intimidad y el miedo a la soledad; la ira suele ser muchas veces un esfuerzo paradójico por permanecer en contacto con el objeto sin destruirlo o ser destruido por él.

Oliver: estilo de apego ambivalente en terapia

Si el tono de voz de las personas evitativas tiende a ser duro y no modulado, el de las personas con apego ambivalente suele ser monótono y confuso. El terapeuta se pregunta cuándo llegará al grano el paciente y le cuesta facilitar un diálogo genuino. Oliver, un hombre casado con un hijo adolescente, era un agente inmobiliario de 45 años de edad que padecía un trastorno depresivo mayor por el que había sido hospitalizado en dos ocasiones. Provenía de un entorno materialmente cómodo, pero con un padre distante a quien veía poco y una madre que había anhelado que su hijo fuera un hombre de acción, el cual, como ella y la hermana mayor de Oliver, disfrutara montando a caballo, yendo de caza y siendo un buen tirador. Oliver salió un niño asustadizo, sensible e introspectivo, que odiaba los caballos, sufría un problema cardíaco grave, motivo por el cual había estado hospitalizado durante casi doce meses a 8 años de edad (momento en el cual estuvo convencido de que moriría), y que fue maltratado sin piedad durante todos sus años de escolarización y él mismo fue objeto de terribles e incontenibles arrebatos de ira.

Al igual que los viejos marineros, Oliver se aferró a su esposa y a cualquiera que escuchara su historia –el párroco, médico, consultor y después terapeuta– de un modo típicamente ambivalente. Casi todas sus relaciones estaban construidas en términos de dominación o sumisión: se veía a sí mismo como un perro guardián que debía adaptarse a las demandas de las demás personas. Al mismo tiempo, acumulaba un enorme resentimiento hacia las personas a

las que sentía indiferentes hacia su condición, y alimentaba fantasías de poder, éxito y venganza.

En el tratamiento, se mostraba superficialmente agradable e irritantemente pleno de disculpas, pero gradualmente comenzó a ser capaz de admitir la furia que sentía cada vez que el terapeuta le anunciara rupturas, independientemente de que le afectaran o no. Bajo el patrón de apego ambivalente y aferrante existía una fuente de inquieto narcisismo e ira.

Si la tarea con los pacientes evitativos consiste en fragmentar y poner de manifiesto las narraciones en forma de cliché con las que acuden a terapia, con los pacientes ambivalentes es necesario introducir puntuación y forma en sus historias –una función más de *realización* que de *ruptura*. Los patrones de discurso en el apego ambivalente funcionan más para producir una forma de apego que les sirva para aferrarse al interlocutor, que para intercambiar información o crear diálogo. El último es demasiado peligroso, porque implica una separación intolerable y la posibilidad de perder la base segura.

Oliver tendía a llegar a terapia con unos pocos minutos de retraso y a destinar la primera media hora del mismo aproximadamente a un monólogo confuso en el que relataba lo acontecido desde el último encuentro, normalmente un catálogo de pequeños desastres y situaciones en las que se había sentido decepcionado o ignorado. En una ocasión, curiosamente, llegó a la hora. Comenté este detalle con él, quizá de un modo levemente sarcástico. Ciertamente así es como se tomó Oliver el comentario, estableciendo un patrón de maltrato-maltratador típico previamente comentado. Entonces describió que su esposa había discutido con la madre de uno de los amigos de su hijo con quien iba a ir de vacaciones, y había insistido para que Oliver llamara por teléfono a esta señora, a fin de hacer las paces en beneficio de la amistad de su hijo. La llamada telefónica no había salido nada bien y Oliver había acabado atacando a la mujer, quien hasta ese momento había sido una amiga bastante cercana, sin llegar nunca al grano, hasta que en un instante su esposa tuvo que quitarle el teléfono y arreglar las cosas lo mejor que pudo y, por lo tanto, llegar a algún tipo de acuerdo.

En el caso de Kate la tarea terapéutica consistió en poner sobre la mesa su narración auto-justificativa y ayudarle a sentir las emociones desestructuradas que subyacían a la misma. En este caso, la técnica terapéutica requerida fue la cerrazón y la negación a ser distanciado por una historia aparentemente auto-suficiente, combinadas con un comentario empático. Por el contrario, en el apego ambivalente, la tarea terapéutica consistió en ayudar a crear una historia a partir de una emoción incontenida y una narración desestructurada que presenta el paciente. El paciente debe ser mantenido a una pequeña distancia, y una intervención con una mayor carga teórica puede ayudar al cliente a obtener cierta perspectiva de sus emociones.

A diferencia de Kate, la reacción de Oliver ante su mordaz llamada telefónica no fue de auto-justificación, sino un colapso en la desgracia y en la auto-inculpación. Le sugerí que en este episodio su hijo representaba la parte vulnerable de sí mismo, que él sentía que nunca había sido reconocido por su madre y que sentía que yo le había ignorado en mi crítica implícita hacia su tendencia a llegar con retraso. Su dificultad para llegar al grano, le sugerí, surgía en parte de su tendencia a asumir que sería ignorado o rechazado, si mantenía su criterio como participante independiente pero de nivel semejante en una conversación. Su estilo quejumbroso era un modo de asirse a sus apegos y, al mismo tiempo, quejarse de lo que anticipaba que antes o después sería un abandono inevitable.

En respuesta a mi comentario, continuó describiendo un sueño en el que *paseaba por un camino estrecho próximo a su casa de la infancia. Sus progenitores iban por delante y él no podía seguirlos. De repente, con un movimiento de tierra una roca cayó frente a él y no podía verlos, y se despertó atemorizado.* Con ayuda decidió que la primera parte del sueño representaba directamente el miedo a ser separado de las figuras parentales de quienes dependía, su madre, esposa y terapeuta. Entonces señaló repentinamente, "quizá yo sea responsable de ese movimiento de tierra". Momentáneamente, percibió la terrible paradoja del apego inseguro –cómo la ira y la protesta diseñadas para ayudar a restablecer el contacto con los otros tiene el efecto de crear el abandono mismo que es lo que él más temía. Oliver mostraba tam-

bién rasgos desorganizados. Muchas veces costaba seguir la descripción que hacía de una situación y era visible que en su mente existía una lógica interna "psicótica" en varianza con la secuencia externa de acontecimientos. En el apego desorganizado, la ira puede ser, en sí misma, un tipo de última oportunidad para obtener la base segura, como forma de activar a los cuidadores para que respondan y también como un "hogar" al que, cuando todo lo demás falla, el sufridor pueda volver –muchas veces seguido por estados psicológicos de agotamiento que tienen características de la base segura.

Estos dos casos pueden ser fácilmente formulados en términos psicológicos más convencionales. Kate usaba la identificación proyectiva para desprenderse de sus insoportables sentimientos de soledad y furia: aferrándose a su amiga, reproducía en ella la experiencia de ser aislada que era el leitmotiv de sus propias relaciones. Oliver, en su protesta telefónica vicaria por el rechazo de su hijo, recurrió a la amiga de su esposa como receptora de su propia infelicidad y sentimientos de rechazo no procesados. La persona evitativa tiende a recibirlo todo y a no sentir; la persona ambivalente está sobrecargada con sentimientos, pero sin disponer de ningún espacio para la contención. Las personas evitativas usan sus objetos para que éstos realicen sus sentimientos por ellas. Alertando al terapeuta sobre los patrones vocales que expresan los diferentes estilos de apego, la teoría del apego puede afinar el oído de quien escucha para percibir estos procesos más fácilmente y con mayor seguridad de que representan fenómenos clínicos reproducibles. En el siguiente capítulo, recurro a una exploración más teórica del modo en que las ideas del apego pueden servir para ampliar la aplicabilidad y la relevancia de la perspectiva psicoanalítica en la psicoterapia.

5 Perspectiva integradora del cambio en psicoterapia

La comprensión de lo que genera el cambio en psicoterapia es una cuestión clave tanto para los investigadores como para los profesionales. En este capítulo se presenta la perspectiva del apego en relación a una de las diferencias cruciales entre la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica. Aún con riesgo de simplificación excesiva, ésta puede basarse en la distinción entre significados predeterminados y emergentes. Las terapias estructuradas como la terapia cognitiva-conductual tienen un conjunto de esquemas predeterminados que dicen sustentar el pensamiento disfuncional en la depresión–una tendencia a interpretar el mundo en términos negativos y de atribuir los contratiempos a defectos del self. Las estrategias terapéuticas están programadas de manera similar; por ejemplo, desafiando estas suposiciones negativas o construyendo áreas de competencia en tareas para casa. En cambio, la finalidad de las terapias dinámicas es fomentar el descubrimiento de los sentidos emergentes (Margison, 2001), los cuales empiezan a destacar cuando, dentro de la firme estructura del encuentro terapéutico, se crea un elemento de inestabilidad o agitación. Así, en algunos momentos puede parecer que la psicoterapia psicoanalítica carece de objetivos y finalidades específicos. De hecho, Wallerstein (1965:749) señala el irónico contraste entre "la falta de objetivos como instrumento técnico que caracteriza

a la postura apropiada del trabajo analítico y el hecho de que el psicoanálisis se diferencie de todas las restantes psicoterapias, con y sin orientación analítica, posicionando los objetivos más ambiciosos y difíciles de alcanzar en términos de posibilidades de la reorganización fundamental de la personalidad". La finalidad de este capítulo es, tras examinar los cambios de las bases teóricas de la psicoterapia psicoanalítica y los descubrimientos relevantes de la investigación psicoterapéutica, recurrir a las ideas de la teoría de apego para justificar ese objetivo de ausencia de objetivos.

Definiciones

La palabra "finalidad", que se empleará de manera intercambiable con términos como "meta" u "objetivo", puede ser utilizada para referirnos a diferentes aspectos de la actividad psicoterapéutica, dependiendo del marco temporal y de la perspectiva adoptada. Los investigadores de la psicoterapia generalmente distinguen entre *objetivos específicos relativos a resultados* y *objetivos de proceso*, refiriéndose a los primeros como a las finalidades estratégicas globales de la terapia y a los segundos como a los objetivos de cada sesión (Orlinsky et al., 1994). Los objetivos específicos vinculados a los resultados pueden incluir la reducción de los síntomas, la maduración de la personalidad, la capacidad de formar relaciones íntimas menos problemáticas, el aumento de autonomía, la reducción de la dependencia de los servicios médicos y una sensación de libertad e identidad interior fortalecida. Los objetivos de proceso, en cambio, se refieren a los recursos técnicos necesarios para alcanzar dichos objetivos. En la psicoterapia psicoanalítica éstos pueden incluir la formación de alianzas de trabajo, el mantenimiento de límites, proporcionar un espacio apropiado, cambiar las interpretaciones y elaborar y afrontar la finalización.

Se debe mencionar un tercer nivel que afecta a los llamados *objetivos estructurales* y que se centra en la conexión entre las finalidades del proceso y los resultados deseados. También incluye los vínculos entre los acontecimientos de cada sesión y el día a día del paciente.

¿De qué manera influye la interpretación de la transferencia en el aumento de autonomía? ¿Cómo consigue un espacio seguro reducir los síntomas, o la sintonización empática mejorar las relaciones íntimas? A este nivel, encontramos finalidades muy complejas cargadas de teoría como, por ejemplo, convertir lo inconsciente en consciente, reducir el fraccionamiento y la tendencia a la identificación proyectiva (Steiner, 1985), "traer el trauma al área de la omnipotencia" (Casement, 1985; Winnicott, 1965) o en abreviaturas kleinianas, "De PSP a DP" *o* "De –K a +K" (de la anti-comprensión o el anti-conocimiento al conocimiento positivo; Symington & Symington, 1996). La teoría del apego puede contribuir de forma significativa en este nivel intermedio.

Estos tres niveles también pueden ser visualizados como diferentes marcos temporales durante el tratamiento. Los objetivos relativos a los resultados se consideran macro-objetivos porque se refieren al curso completo de terapia, e incluyen también los "efectos durmientes", que se expanden una vez concluida la terapia. Los objetivos estructurales son objetivos medios: cambios mes a mes en el mundo interior del paciente que la terapia espera alcanzar. Los objetivos de proceso pertenecen al micro-nivel, concentrándose en las sesiones individuales e incluso en sus fracciones.

También debe distinguirse entre las finalidades terapéuticas y las finalidades del paciente, para la psicoterapia. Lo que el paciente quiere y cree estar intentando alcanzar puede ser bastante diferente de los objetivos del terapeuta. Llewellyn (1988) preguntó a pacientes y a terapeutas qué eventos de una sesión terapéutica consideraban ser los más eficaces. Los pacientes enfatizaron la confianza, el alivio y las soluciones a los problemas; los terapeutas, en cambio, creían que adquirir insight era más provechoso. Ésta es especialmente un área compleja en la psicoterapia psicoanalítica en comparación con la terapia cognitiva, porque debería considerar las finalidades conscientes y las inconscientes. Simplificando, el paciente puede, por ejemplo, *decir* que quiere llegar a ser más autónomo, pero inconscientemente ansiar la dependencia indefinida, y lo mismo puede ocurrir en el nivel contra-transferencial del terapeuta.

Desde una perspectiva de apego, el terapeuta puede estar actuando como una base segura en el sentido tradicional físico de alguien de cuya proximidad física disfruta el paciente en momentos de perturbación emocional, siendo la "terapia" un espacio seguro donde los sentimientos dolorosos pueden ser explorados en la presencia de otro sintonizado, fiable y no-amenazante. Esto equivale a la analogía de la "inmunización pasiva" mencionada en el Capítulo 1. Sin embargo, la base segura en los adultos puede tomar forma de proximidad emocional en lugar de proximidad física. En este caso, el terapeuta no es tanto una presencia física como una representación mental de la figura comprensiva cuya imagen hace soportable el dolor emocional –Aquí, la terapia ayuda a crear autonomía y competencia emocional. El terapeuta contribuye a que el paciente se sienta "comprendido" y a que adquiera una visión positiva del self, desde donde la ansiedad y el dolor mental pueden ser soportados.

El contexto cambiante del psicoanálisis

Psicoterapia efectiva

No sabemos con certeza los ingredientes efectivos de la psicoterapia. El debate siempre se centra en tres amplios factores –*contención*, *insight* y *nueva experiencia*– diferentes autores enfatizan una u otra como especialmente importante (Bateman & Holmes, 1995). En términos de apego, la contención se considera equivalente a la base segura. ¿Pero qué sucede con la "nueva experiencia"? Nos encontramos ante un elemento crucial, además de la fiabilidad, la coherencia y el sentirse comprendido, la experiencia repetida de "ruptura" y "reparación" emocional en terapia es básica. En la Situación del Extraño, la habilidad del cuidador de resistirse a la protesta y de ayudar al niño a restablecer la base segura tras una separación breve es una señal de apego seguro. De manera similar, la terapia se caracteriza por una serie de separaciones (al finalizar las sesiones predeterminadamente y secuenciar los "descansos") y reencuentros, y dentro de las sesiones por malentendidos, representaciones de poca importancia, etc. seguidas por resoluciones con la consecuente profundización de la empatía (cf. Malan, 1976).

Esta ruptura y reparación de la alianza es una técnica terapéutica importante, y proporciona una experiencia completamente diferente ante las arraigadas e inseguras respuestas con las que el paciente pudo hallarse previamente (y que en la vida adulta ha colaborado en crear). La capacidad de reparar la alianza es fundamental para la auto-estima y para el funcionamiento interpersonal efectivo.

De la represión al fraccionamiento

"La curación" –es decir, la creación de un todo– de un self dividido sigue siendo una de las metas terapéuticas fundamentales que ha permanecido intacta durante toda la historia del psicoanálisis. Nosotros esperamos ayudar a nuestros pacientes a que sean más conscientes de los diferentes aspectos de sí mismos, a que lleguen a ser más coherentes, más integrados, más "unidos". La primera metapsicología psicoanalítica se interesó por la fracción "horizontal" entre la mente consciente y la inconsciente, por "eliminar las amnesias" (Freud, 1896) o convertir lo inconsciente en consciente. Gracias al trabajo de Klein y sus seguidores, el énfasis contemporáneo está más en las fracciones "verticales", en las cuales partes del self se proyectan en el mundo, dejando al paciente con sentimientos de agotamiento, de amenaza, de triunfo maniaco, etc. Por lo tanto, el objetivo de la terapia no se basa tanto en recordar lo olvidado, sino en reconocer y aceptar aquellas partes del self que han sido repudiadas. Al trabajar desde la perspectiva del apego, esas partes del self aisladas de las respuestas reflejadas por el cuidador son consideradas también como fracciones –con frecuencia, como una presencia extraña en el cuerpo, o localizada en el cuidador de quien separarse parece imposible– y pueden ser gradualmente recuperadas a medida que el apego se vuelve más seguro.

De la reconstrucción del pasado a la conciencia profunda del presente

Las distinciones efectuadas por Sandler y Sandler (1984) entre el "presente consciente" y el "pasado consciente" marcan otro cambio significativo en la manera de considerar los objetivos terapéuticos. El

análisis hoy en día no empieza con la finalidad de reconstruir tempranas constelaciones de la infancia, desde las cuales surgen todas las dificultades del presente, sino con los sentimientos, fantasías, pensamientos, suposiciones e impulsos que el paciente experimenta con respecto a la relación analítica del aquí-y-ahora. El paciente, tomando conciencia de estas ayudas, ve la totalidad de sus respuestas con una perspectiva distinta, ampliando las elecciones y creando estrategias interpersonales alternativas. Las relaciones hipotéticas de la infancia temprana constituyen una metáfora muy válida mediante la que pueden encapsularse estas reacciones, pero no representan necesariamente ni la verdad ni la causa que proporcionará la solución mágica para las dificultades del paciente. Este cambio de énfasis del pasado al presente pone a la terapia psicoanalítica en sintonía con otras terapias, como la terapia cognitiva, donde ser consciente de las "reglas" y suposiciones ignoradas hasta el momento –generalmente negativas o con una visión simple de blanco o negro–, conduce igualmente a un mayor dominio de uno mismo y a la ampliación de las opciones que uno tiene. Por otra parte, las ideas del apego previenen contra lo puramente intelectual o contra las soluciones "cognitivas" a problemas, las cuales generalmente tienden a ser parte de una estrategia evitativa del apego inseguro. La compenetración implica una sensibilidad emocional que va más allá de la comprensión puramente intelectual.

De la sexualidad infantil al patrón de apego

Otro notable cambio en el pensamiento psicoanalítico es dejar a un lado las relaciones conceptuadas en términos de sexualidad infantil para verlas desde la perspectiva de diferentes patrones de dependencia y de apego. El individuo evitativo, por ejemplo, que rechaza la intimidad y se mantiene emocionalmente distanciado en las sesiones, desde el punto de vista psicoanalítico hubiera sido clasificado en términos de homosexualidad reprimida. La formulación actual subrayaría las dificultades con el apego y el miedo a la vulnerabilidad ante la agresión que conlleva tal proximidad. A pesar de que esto aún pueda entenderse "edípicamente" –es decir, que el paciente sienta miedo

a la proximidad del terapeuta por la prohibición paterna o por efecto de la "ansiedad de castración"– son más metáforas útiles que descripciones de las fantasías reales de la infancia. Los kleinianos como Britton y sus colaboradores (1989) entendían el "Edipo" en términos más conceptuales que corporales –es decir, la habilidad de distanciarse uno mismo de sus objetos, de tomar una "tercera posición" y así empezar a ser capaz de reflexionar sobre sí mismo y la propia posición. Incluso la formulación de las finalidades del psicoanálisis de Money-Kyrle (1971) –que entendía que el pecho era sumamente hermoso, las relaciones sexuales de los progenitores sumamente creativas y la aceptación de la inevitabilidad de la muerte– puede considerarse como una expresión metafórica de finalidades más generales, como una reducción en la ambivalencia neurótica, en la tendencia destructiva y en la omnipotencia. El cambio de un patrón de apego inseguro a otro seguro posibilita que el individuo confíe y admire su base segura, que se sienta confiado con la idea de que la relación parental actúa como garante más de la seguridad emocional que de la seguridad física, y que con la ayuda de una base interna segura pueda afrontar la muerte con ecuanimidad.

Del insight a la función reflexiva

Hemos visto como Fonagy y sus colaboradores (1995; Fonagy & Target, 2000) usan el termino "función reflexiva" para referirse a la habilidad de pensar clara y coherentemente sobre la biografía de uno mismo. Sus investigaciones sugieren que, ante un trauma de la infancia, la función reflexiva puede ser un determinante crucial dependiendo de si conduce o no a un desorden estable de la personalidad. Normalmente esta capacidad se interioriza sobre la base de la capacidad *materna* para la función reflexiva, pero también puede surgir fuera de la relación parental, de relaciones relativamente cortas pero buenas. Los profesores, los abuelos o incluso los terapeutas podrían cumplir, por ejemplo, esa función. La relevancia de la función reflexiva para el tema que nos concierne se sitúa en el uso de la palabra *función*. Alcanzar el insight ha sido siempre una de las finalidades centrales del psicoanálisis, pero las pruebas clínicas y científicas demues-

tran, que el *insight* en sí mismo no produce necesariamente cambio –pruebas de las que se derivan nociones complementarias como "pseudo-insight", intelectualización, etc. La finalidad de la terapia no es ante todo conseguir "insights" específicos sobre uno mismo o del propio pasado, por muy interesantes o intelectualmente satisfactorios que puedan llegar a ser, sino desarrollar la capacidad o *función* para el auto-conocimiento: identificar sentimientos, pensamientos e impulsos y expresarlos en palabras.

Las pruebas de la investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica

La alianza terapéutica

Uno de los resultados más sólidos del estudio psicoterapéutico es el descubrimiento del efecto previsor de la alianza terapéutica. El grupo Vandbilt (Strupp, 1993) ha demostrado que una alianza terapéutica positiva al comienzo del tratamiento prevé el resultado final positivo de la terapia. Este hallazgo dio lugar a un amplio debate. ¿Qué es más importante: la alianza tal y como la percibe el paciente, el terapeuta o un observador externo? ¿Es tautológico este hallazgo en cuanto que una alianza fuerte es simplemente la prueba de un buen resultado en las fases tempranas de la terapia? Sin duda, es cierto que los terapeutas que no logran establecer una buena alianza de trabajo con los pacientes tienen pocas probabilidades de producir mucho beneficio.

Se ha demostrado también que "los factores del paciente", como el diagnóstico y la motivación, contribuyen significativamente al establecimiento de la alianza terapéutica (Horvath & Symonds, 1991). Esto implica que cuanto más desequilibrado o desmotivado esté el paciente, mayor habrá de ser el cuidado y la atención que el terapeuta dedique a fomentar una buena alianza. ¿Qué es la alianza terapéutica sino un vínculo de apego? Las técnicas como los diagnósticos extendidos, las preparaciones pre-terapéuticas para algunos clientes, los límites claros y los contratos terapéuticos desempeñan aquí un papel importante si la psicoterapia psicoanalítica debe tratar

eficazmente a los pacientes más perturbados que constituyen la mayoría de consultas en el marco de la sanidad pública. Los parámetros básicos de la base segura –coherencia, fiabilidad, compenetración y reparación de la ruptura– son también elementos relevantes para establecer la alianza terapéutica. Esto último tiene especial importancia en el tratamiento de los pacientes con trastorno límite, donde la interrupción del vínculo terapéutico es prácticamente inevitable. Según Robert Bruce, la perspectiva del apego exige la disposición del terapeuta para intentar una y otra vez restablecer el vínculo con los pacientes difíciles. Sólo una vez establecido el vínculo podrán tener efecto la ansiedad controlada y los esfuerzos necesarios para que surjan los nuevos significados.

La relación entre el diagnóstico, la técnica y el resultado

A pesar de todas las debilidades metodológicas atribuibles, el estudio de Wallerstein (1986) sobre 44 pacientes tratados con terapia analítica a largo plazo en la Clínica Menninger durante un período de 25 años supuso un hito en la investigación de la psicoterapia psicoanalítica. Este estudio demostró que muchos supuestos análisis eran más de apoyo de lo que abiertamente admitían los terapeutas y la terapia de apoyo era tanto o más eficaz que los supuestos análisis clásicos –a pesar de que fueran relativamente pocos los pacientes que respetaran su terapia correctamente. Todos ellos eran pacientes severamente perturbados y los resultados contradicen los presupuestos comúnmente defendidos en los círculos analíticos, según los cuales cuanto más enfermo esté el paciente, "más profunda" debe ser la terapia. Hoy en día existen estudios metodológicamente más rigurosos, y la gran mayoría señala en esta misma dirección, examinando la interacción entre la madurez del paciente, el tipo de intervención –de apoyo o interpretativo– y el resultado. Horowitz et al. (1984), por ejemplo, compararon los *resultados* de la terapia dinámica breve en los pacientes que sufrían reacciones anormales de duelo. Dividieron en dos al grupo de pacientes: aquellos con mecanismos de defensa "primitivos" y aquellos usaban defensas más maduras. Resumiendo, los pacientes menos perturbados funcionaban mejor con la terapia

interpretativa, mientras que aquellos que recurrían a las defensas primitivas respondían mejor a la terapia de apoyo. Por lo tanto, el terapeuta debe apostar por el apoyo, principalmente en las primeras fases del tratamiento en el caso de los pacientes más desequilibrados. Una vez más, podría señalarse que lo que denominamos "apoyo" no es ni más ni menos que el establecimiento de una base externa segura para el paciente. Una terapia más ambiciosa apuesta por ayudar al paciente a encontrar una base segura interna. En éste punto es relevante la analogía de inmunización activa y pasiva (véase Capítulo 1).

Joyce (1992) encontró una correlación entre la madurez, medida mediante "la calidad de relaciones de objetos" (CRO) y las respuestas a las interpretaciones de transferencia. Los resultados positivos se asociaban con las interpretaciones precisas de la transferencia en pacientes con CROs maduros. Pero en los casos en los que el CRO era inmaduro, la precisión de las interpretaciones de la transferencia no se vinculaba a los resultados. Estos hallazgos pueden interpretarse de varias maneras, pero en general confirman: (a) que "cada cual tiene sus gustos y hay tantos gustos como colores" (b) que la baja frecuencia de interpretaciones precisas podría ser un buen objetivo de proceso, (c) que la implicación afectiva entre el terapeuta y el paciente, dentro de un marco terapéutico seguro, es probable que profundice el apego, tanto si surge como si no en respuesta las interpretaciones de la transferencia, y (d) que para los pacientes más perturbados se deberían modificar las técnicas psicoanalíticas estándares en las direcciones sugeridas por la teoría de apego.

Modelos de cambio

El modelo de asimilación del cambio terapéutico

Stiles et al. (1990) propusieron un marco pigetiano integrador desde donde defienden que la tarea fundamental de la psicoterapia es lo que llaman "asimilación de las experiencias problemáticas". Sugirieron la idea de que el paciente está preocupado por pensamientos y sentimientos, los cuales pueden situarse en cualquier punto a lo largo

de un amplio espectro, el cual oscila desde la posición de "defensa contra" siguiendo por "el conocimiento vago", "la clarificación de los problemas", "la comprensión-*insight*", "la elaboración" hasta llegar a "la solución del problema" y finalmente a alcanzar el "dominio". Esto proporciona un marco de trabajo para diseñar la trayectoria de una dificultad particular en el proceso terapéutico, y también para conceptuar cómo operan las diferentes modalidades terapéuticas. Así, la psicoterapia psicoanalítica trabaja más la "parte izquierda" de la secuencia, mientras que las terapias cognitivas se centran más en la elaboración y el dominio, y menos en la evocación de los pensamientos de "defensa contra", es decir, en los pensamientos inconscientes. Esto sugiere que los objetivos de la terapia deben ser comprendidos evolutivamente y que en diferentes fases de la terapia se aplicarán objetivos diferentes. La tarea inicial consiste en establecer una base segura para el paciente en la terapia; después se deberá mantener esa base y atender a los ciclos de ruptura-reparación. Sólo cuando se haya establecido la base segura, podrán ser afrontados, abordados y examinados los sentimientos de "defensa contra", con ayuda de la "amigable interacción" del terapeuta.

El modelo de subsistemas cognitivos interactivos de Teasdale

La terapia cognitiva ha demostrado resultados increíbles en el tratamiento y, posiblemente, prevención de recaídas de la depresión. Sin embargo, algunos terapeutas cognitivos han empezado a cuestionar recientemente la aplicabilidad de dicha terapia a pacientes con síntomas depresivos más profundos y arraigados, o a aquellos con trastornos co-existentes de personalidad. Teasdale y sus colaboradores (1995) cuestionaron, en particular, la perspectiva convencional según la cual la terapia cognitiva funciona ayudando al paciente a cuestionarse presunciones proposicionales negativas específicas sobre sí mismo, como "Si intento realizar ésta tarea estoy inclinado a fracasar". Los autores sostenían que la depresión se mantiene por efecto de los denominados sentidos *implicacionales* afectivo-cognitivos, como "soy una persona despreciable", que residen en lo "profundo" de la mente y tienen repercusiones más profundas que los significados proposicionales.

En el modelo de Teasdale, el cambio en la terapia ocurre aprovechando estos sentidos mediante un proceso que implica (a) la "desidentificación", en la cual el paciente logra distanciarse de su tristeza, y de esta forma verla desde una perspectiva externa, y (b) la activación de afecto alternativo que descompensa las creencias depresogénicas "encerradas", dándoles nuevos sentidos o significados y esquemas. De este modo, por ejemplo, una intervención que sugiriera que el paciente está más triste o enfadado que deprimido, vincular éstos a pérdidas o traumas anteriores, puede producir una respuesta afectiva convertible en un esquema de significados menos inmóvil, como "No estoy deprimido sino en un estado de furia crónica". Aquí se observan relaciones claras con la teoría de apego. La persona profundamente deprimida se encuentra en un estado en el que todas sus relaciones sociales han fracasado. La enfermedad misma se convierte en la única base segura a la que el paciente puede aferrarse, y a la que volverá cada vez que surjan nuevas amenazas y estados de estrés, incluso cuando la situación mejore. En estos términos puede entenderse el miedo al éxito que muchas veces se observa en pacientes que han superado un episodio depresivo mayor.

Debriefing psicológico y tratamiento del trastorno por estrés postraumático

Los modelos de asimilación e interacción de subsistemas cognitivos proporcionan argumentos lógicos para enfatizar la importancia de la implicación afectiva entre terapeuta y paciente. Previamente hemos explicado que la formación del apego está íntimamente unida a la activación afectiva. Para que una terapia sea efectiva, primero se deben evocar los afectos problemáticos, hacerlos conscientes y, a continuación, darles un contexto de significado nuevo. Al estudiar las psicodinámicas del trauma, Van de Kolk y sus colaboradores (Van de Kolk & Fisler, 1996) facilitaron evidencias empíricas según las cuales, para que la terapia sea exitosa, es necesaria la combinación de la activación afectiva y la asimilación de los sentimientos mediante una nueva narración terapéutica. Van de Kolk asegura que en un trauma grave está alterado el proceso normal de codificación de la memoria,

en el cual los eventos se incorporan al esquema del self y, a diferencia del proceso normal la experiencia sensorial "cruda" se acumula probablemente en la región hipocampal del cerebro. Esto resulta tan doloroso que nos lleva a lo que Janet (1893, citado en Van de Kolk & Fisler, 1996) llamó "fobia de la memoria". La terapia aplicada a un trauma como éste se basa en un modelo de *debriefing* psicológico integrador que incluya tanto métodos psicodinámicos como cognitivos. Mediante repetidos ensayos, el paciente es gradualmente insensibilizado a los recuerdos traumáticos hasta que consiga afrontarlos y traerlos a un proceso de asimilación más normal. Como veremos en los capítulos siguientes, este acceso gradual de la narración constituye el núcleo de una base segura interna.

Una perspectiva de apego

La teoría de apego ofrece un enfoque explícitamente integrador para la metapsicología y para la práctica terapéutica. Se ha sugerido que los objetivos globales de la terapia pueden resumirse como la búsqueda de la *intimidad* y de la *autonomía* y que la capacidad para la intimidad surge a partir de la sintonización, mientras que la sensación de autonomía proviene de la expresión satisfactoria de la protesta sana y, cuando la pérdida es irreparable, del duelo. La finalidad de la terapia es proporcionar un entorno donde se fomente la sintonización, suficientemente seguro para abordar protestas relevantes, y en consecuencia, donde puedan surgir nuevos significados y narraciones seguras-autónomas.

Estas ideas son muy parecidas a algunas conceptualizaciones del proceso psicoanalítico, especialmente a las de Winnicott (1965), Pedder (1982) y Bollas (1992). La sintonización es básicamente divertida y requiere de la existencia de un espacio terapéutico en el que paciente y el terapeuta puedan encontrarse creativamente el uno al otro. Es en este lugar donde el "inimaginable conocido" de Bollas puede ser identificado e insertado en el juego narrativo. El énfasis de Winnicott en el "odio", su manejo y su importancia en el desarrollo de un sentido del self puede relacionarse, de la misma manera, con

estos encuentros de apego. La idea de Winnicott de que un niño debe ser capaz de decir "¡Hola objeto, te acabo de destruir!" guarda relación con la idea de la protesta como base de la autonomía, y con los acuerdos de la psicoterapia en los que el paciente será objeto del estrés leve y controlado generado por las rupturas regulares. Pedder entiende la depresión como una incapacidad para lamentar la pérdida del objeto –de sentir pena por su ausencia– y al hacerlo, restablecerlo enteramente en la mente. De modo que, aunque esté ausente en el mundo externo, aparece vivo una vez más en el mundo interno. Cuando este proceso se bloquea, o se convierte en circular más que progresivo, el objeto perdido no puede ser "reincorporado" al mundo interior. Entonces puede sentirse cualquiera de estas dos sensaciones: que es una pérdida irreparable o que realmente nunca se le dejó marchar; en ambos casos el sentimiento de pérdida sería crónico e inhibitorio. La capacidad para la reincorporación narrativa –equivalente a la "asimilación" en el modelo de Stiles et al. (1990) –depende de un entorno en el que el dolor y la perdida pueden ser integrados en el self mediante la capacidad del terapeuta para aceptar la protesta, para tolerar la desesperanza, y contener al paciente en momentos de desesperación y de retraimiento. En términos de apego, o se niega el objeto o se aferra a él –pero no puede proporcionar un sentido de base segura interna.

La paradoja

Nos encontramos en el punto de volver al dilema con el que comenzábamos el capítulo: ¿cómo conciliamos una técnica psicoterapéutica dependiente de una aparente falta de objetivos con la necesidad de definir finalidades y objetivos para que la psicoterapia sea efectiva y relevante? La resolución de la paradoja se halla dentro de la naturaleza del propio proceso psicoanalítico. Repitiendo lo dicho anteriormente, en el lenguaje de la teoría de apego, los objetivos de la psicoterapia son ayudar al paciente a crear una base segura, para así empezar a enfrentarse y a "narrar" el dolor del pasado y, mediante la relación establecida con el terapeuta, aprender los rudimentos

de la intimidad y de la autonomía. Una base segura surge gracias a la sensibilidad y sintonización proporcionada por el terapeuta. La sintonización implica, como su propia naturaleza indica, no controlar, seguir al otro en vez de arrastrarlo, y ser más afectivo que instrumental. Es una práctica "sin objetivos", en el sentido de que no se puede legislar por adelantado lo que pueda emerger del alegre y espontáneo encuentro entre el terapeuta y el paciente. Éste es quizás el camino más largo para concretar un punto obvio y que todos los buenos terapeutas conocen muy bien –no se pude prescribir lo que va a suceder en una sesión como tampoco se puede prescribir la alegría. Lo que sí se puede prescribir son las condiciones favorables para el establecimiento de una base segura; tras esto, la exploración dependerá siempre del azar y de la espontaneidad.

El terapeuta por supuesto tiene objetivos, pero éstos son, sobre todo, de un nivel estratégico bastante general: mantener los límites de la terapia; retener la "visión binocular" que posibilita la unión con el paciente y el conocimiento de la naturaleza de dicha unión; relacionar el material del paciente con la formulación de los problemas intrapsíquicos con los que lucha el paciente; y quizás lo más importante de todo, permanecer sintonizado con la propia contra-transferencia. Estos "objetivos" serán una compleja mezcla basada, en parte, en la formación del terapeuta, en parte derivada de su propio inconsciente y, en parte, evocada por la transferencia del paciente. La capacidad para la función reflexiva (es decir, ser capaz de reflexionar sobre los objetivos) es una destreza terapéutica crucial. Cuando esto falla, y se impone un objetivo demasiado específico, es probable que el resultado sea un apego inseguro: evitativo en el caso de que el daño psíquico del paciente no pueda ser aceptado por el terapeuta y sea rechazado, o ambivalente si el terapeuta se siente abrumado por el dolor del paciente, se implique excesivamente y, con toda probabilidad, se distancie imprevisiblemente de tal implicación.

Esto mismo puede traducirse en términos mucho más clásicos. El objetivo de la terapia sería convertir lo inconsciente en consciente, o ampliar "el campo endopsíquico" (Rycroft, 1985). Pero corresponde a la naturaleza misma de la vida psíquica que una agresión directa

sobre el inconsciente provoque ansiedad extrema y, por lo tanto, evoque una resistencia intensa en ambos, el terapeuta y el paciente. La finalidad de la terapia es reducir la ansiedad mediante la integridad de la situación analítica y la alianza de trabajo positiva, de manera que los procesos evolutivos normales puedan mantenerse sin sobresaltos, incluidos los relativos a la auto-exploración y a la auto-conciencia.

Conclusión

Dependiendo del marco temporal, en psicoterapia encontramos objetivos inmediatos, a medio plazo y a largo plazo. Los objetivos inmediatos de "proceso" que se han descrito en términos de apego son la necesidad de sintonización con el estado afectivo del paciente, proporcionarle límites suficientemente firmes para contener la protesta sana y concienciarse de la contra-transferencia, de modo que no predominen ni la falta de objetivos ni la tendencia al control. Estos conducen a objetivos intermedios de fomento de las capacidades de intimidad y autonomía y de la elaboración de una narración terapéutica auto-reflexiva, en la cual el dolor se contenga y se traslade a un sistema de memoria más normal. Los objetivos a largo plazo incluyen el vencimiento de los síntomas y el cambio en el equilibrio psíquico hacia la seguridad y la exploración dejando de lado la inhibición, la ilimitación o la disociación caótica.

Por lo tanto, concluyo el capítulo sugiriendo que los objetivos globales de la terapia consisten en generar un proceso evolutivo, dentro de la terapia si es prolongada, o como catalizador para la "vida real" en la terapia breve. A un nivel fundamental, esta formulación no constituye un cambio considerable en relación a las formulaciones del psicoanálisis clásico. Lo novedoso es el contexto en el que se practica la terapia, la introducción de ideas derivadas de resultados de investigaciones psicoterapéuticas y evolutivas, y la posibilidad de integrar las técnicas analíticas con otras modalidades terapéuticas. A pesar de que la personalidad es objeto de continuos cambios y renovaciones a lo largo de la vida, es durante los primeros años de la vida cuando se establece el núcleo de la identidad, el cual representa un

"destino" (Bollas, 1987) que se puede actualizar para bien o para mal. La combinación de la teoría de apego con el psicoanálisis es simultáneamente un redescubrimiento de los valores esenciales y un intento por establecer vínculos con otros planteamientos terapéuticos. A continuación se presentan materiales clínicos que muestran aspectos comunes adicionales entre la perspectiva psicoanalítica y del apego.

6 Apego desorganizado y falta básica

En la serie televisiva "Fawlty Towers" el "héroe", Basil Fawlty, parece ser un hombre con un comportamiento extraño. Como propietario de un pequeño hotel, se desespera por alcanzar el éxito comercial y por satisfacer a los visitantes, pero su arrogancia, incompetencia y odio a sí mismo impiden y socavan sus propósitos. Al final de cada episodio, se rebaja a un estado de lamentable humillación, del cual a menudo es rescatado por su exasperada pero sufrida esposa. Nos quedamos atónitos ante este hombre triste, infantil, alto "como una torre"– el propio Basil es la torre defectuosa. Su naturaleza contraproducente refleja nuestros propios fracasos. Él nos recuerda las formas en las que saboteamos nuestros mejores intereses y destruimos los objetos de los que dependemos. Nos retorcemos y reímos con exquisito malestar cuando se ponen al descubierto nuestras humillaciones privadas. Quizás nos encontremos en el territorio de la "falta básica", idea inicialmente desarrollada por Michael Balint en 1950.

La década de 1950 a 1960 fue probablemente la del mayor florecimiento del psicoanálisis británico –el nacimiento de las "relaciones de objeto" como postura singular dentro del psicoanálisis (Greenberg & Mitchell, 1983). Muchos de los trabajos más importantes de Winnicott fueron escritos en este período. Segal, Rosenfeld y Bion estable-

cieron las bases del psicoanálisis kleiniano actual. Fairbairn (1952) publicó su *Psicoanalitic Studies of the Personality*. La teoría del apego surgió también a partir de –y parcialmente en oposición a– el fermento intelectual del psicoanálisis de esta misma época.

Michael Balint fue otra de las personalidades fundamentales de este período, algunas de cuyas ideas se remontan a su analista Ferenczi, y otras a la aparición del Grupo Independiente –es decir, independiente de los freudianos y kleinianos– como una "tercera fuerza" dentro del psicoanálisis británico posterior al "acuerdo de los caballeros" de finales de los cuarenta (Kohon, 1986). Balint estaba interesado en pacientes profundamente perturbados, para quienes las técnicas clásicas de interpretación, orientadas hacia las líneas de conflicto edípico, parecían causar poco efecto. Como Bowlby, recelaba de la teoría de la libido y se inclinaba hacia una teoría relacional de la mente, tanto en el nivel edípico del trío, en el nivel pre-edípico dual como en el nivel de amor primario, que describió como la "confusión armónica interpenetrativa"– una expresión típicamente balintiana con su propia mezcla del lenguaje coloquial y técnico.

Balint se diferenció de los kleinianos, al igual que Ferenczi, en que adoptó un modelo de psicopatología severa más próximo al *déficit* que al modelo de *conflicto* (Bateman & Holmes, 1995), basado en la falta de "encaje" entre el cuidador y el niño. En un devastador catálogo describió el cuidado que es "insuficiente, deficiente, poco sistemático, excesivamente ansioso, sobreprotector, severo, rígido, extremadamente inconsistente, incorrectamente programado, sobreestimulante, simplemente incomprensible o indiferente" (Balint, 1979:22). Su identificación de la "falta básica" puede entenderse como la correlación clínica del apego desorganizado.

Manteniendo el lenguaje de la teoría de la libido paralelamente a este enfoque relacional, Balint definió dos formas paradigmáticas mediante las que se *catectizan* el mundo y sus objetos: la "oncnofílica", mediante la cual las personas se aferran a sus objetos (especialmente a los íntimos como, por ejemplo, los cuidadores) y temen los espacios existentes entre ellos, y la "filobática" mediante la cual el espacio se percibe como seguro, pero los objetos como amenazantes. Las ideas

de Balint anticipan algunos de los conceptos centrales de la teoría de apego. "Encaje" es otra acepción para referirse a la noción de la "sintonización" materna que surgió a partir de los estudios de observación niño-madre que realizó Stern (1985) y la dicotomía oncnofílico/filobático es muy similar a la distinción original realizada por Ainsworth entre los patrones ambivalentes y evitativos del apego inseguro.

Las teorías de Balint se derivaron de sus experiencias en consulta y no de la observación directa de progenitores e hijos. Los kleinianos estaban desarrollando ideas sobre el fraccionamiento, la identificación proyectiva y la interacción entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva para explicar los fenómenos clínicos con que se presentan los pacientes muy desequilibrados y regresados. Creían haber encontrado un lenguaje con el que se alcanzaban estos niveles primitivos de la mente, basándose en el modo en que Klein había hablado a sus pacientes infantiles durante la terapia de juego: en la medida de lo posible, todo lo que se produce o aporta a la sesión está relacionado con la transferencia; un intenso énfasis en la experiencia corporal primitiva; interpretaciones del fraccionamiento y de la identificación proyectiva precediendo a la represión excesiva y al énfasis en los fenómenos del "instinto de muerte" como la tendencia destructiva y la envidia.

Balint se diferenció del enfoque de Klein de diversos modos. Para empezar, dio preferencia a su noción relativa a la "falta básica" para explicar los fenómenos regresivos hallados en sus pacientes desequilibrados. Recurrió a la metáfora geológica de la "falla" porque:

> Primero... ésta es exactamente la palabra usada por muchos pacientes para describirla. El paciente sabe que dentro de él falta algo, una falta que debe ser corregida. Y se siente como una falta, no como un complejo, no como conflicto, no como situación. Segundo, existe un sentimiento de que la causa de tal falta se debe a alguien que ha fallado o faltado al paciente... En geología la palabra falla se emplea para describir una repentina irregularidad que en circunstancias normales puede permanecer oculta, pero ante la tensión o el estrés, puede vencer, alterando profundamente la estructura global.
>
> (Balint, 1979:21)

Balint posicionó esta "falta" en una fase temprana del desarrollo –pre-edípica, pre-conflictiva, pre-verbal– y defendió que sólo podía accederse a ella en estados regresivos, los cuales dividió en formas benignas y malignas. La regresión benigna es "la regresión que está al servicio del ego" (Kris, 1956): el paciente se vuelve infantil, pero de un modo confiable, que le conduce a la creatividad y a un "nuevo comienzo". En el caso de la regresión maligna, el paciente se muestra cada vez más exigente, intentando subvertir el análisis en fuente de gratificación directa en lugar de considerarlo como oportunidad para el crecimiento y el descubrimiento. Teniendo en cuenta que la "falta básica" es un término pre-verbal, Balint abogó por la contención silenciosa en lugar de proceder con la interpretación activa. Ésta fue una crítica bastante explícita de la técnica kleiniana, porque él defendía que la excesiva interpretación reforzaba la omnipotencia del psicoanalista, haciendo que el paciente se sienta aún más pequeño e inadecuado, estimulando así la oncnofilia y la regresión maligna.

En este capítulo, defiendo que la noción de la falta básica sigue siendo una metáfora útil para la psicoterapia psicoanalítica contemporánea, y también como complemento de la posición esquizo– paranoide. Aún así, deben ser revisadas las ideas de Balint sobre la regresión, sobre que el modelo de déficit y el conflictual no sean necesariamente incompatibles y que los pacientes desequilibrados necesiten tanto de la contención como de la interpretación para que, utilizando otra metáfora de Balint, la falta básica sea convertida en una cicatriz benigna. Además, la idea de "falta" es un elemento central para la conceptuación de narrativas incoherentes, tal y como lo describió Main en la Entrevista de Apego Adulto (EVA) y, por tanto, sugiere patrones de apego incoherentes en la infancia. El evaluador de la EVA atiende a historias en las que se altera la progresión lógica y donde parecen abrirse camino "voces" aparentemente incompatibles o disociadas. Esto se relaciona con la perspectiva de apego sobre el narcisismo en el cual, en ausencia de una base segura externa, el individuo toma su ser, o parte de su ser, o su cuerpo, como única fuente de seguridad y consuelo (Holmes, 2001).

Material clínico

En este apartado presentaré material de dos casos atendidos en psicoterapia psicoanalítica, uno que acude semanalmente a terapia y el otro quincenalmente. La presentación de cada caso procede de una sesión o grupo de sesiones concretas, que parecieron ser momentos decisivos o generaron avances importantes. Ambos pacientes llevaban meses en terapia y hasta ese momento, supuestamente, sólo habían logrado mejoras superficiales, pero todavía luchaban contra los principales problemas que les habían llevado a solicitarla. Ambos se veían fundamentalmente "mal" y, de algún modo, como defectuosos.

Oliver: "no puedo llorar"

Oliver, el administrador de fincas de cuarenta y cinco años que ya se ha mencionado anteriormente, se presentó a psicoterapia mientras se hallaba en la agonía de una crisis oncnofílica. Tras el período de diagnóstico, comenzó a asistir a psicoterapia psicoanalítica dos veces por semana, haciendo uso del diván. En las primeras semanas, llegaba como el conejo blanco de *Alicia en el País de las Maravillas*, jadeando, resoplando, aferrándose a un montón de papeles en los cuales había tomado notas para prepararse para la sesión. Pese a las constantes declaraciones de gratitud (que me parecían realmente irritantes), fue duro tener que evitar la sospecha de que me considerara semejante a uno de entre los muchos ayudantes profesionales que tenía –jardineros, contables, constructores, clérigos, agentes inmobiliarios, etc.– la mayoría de los cuales habían resultado ser unos inútiles comerciantes estafadores que le habían defraudado y habían llenado sus bolsillos a costa de Oliver.

A pesar de esto, rápidamente comenzó a depender de la terapia y me pareció constatar el progreso que había realizado cuando fue capaz de admitir cuán furioso y abandonado se sintió en el momento en el que le anuncié un descanso. Su extrema sensibilidad al rechazo y su egocentrismo infantil (y su narcisismo "a flor de piel", Bateman, 1998) fueron revela-

dos en esta reacción, y en esta sesión recordó un sueño repetitivo de su infancia (descrito en el Capítulo 4) en el cual paseaba por el campo a cierta distancia por detrás de sus progenitores y aunque intentara alcanzarlos desesperadamente, no lo conseguía. Esto se vinculó con el sentimiento actual de ser "dejado atrás", no sólo por el terapeuta, sino por sus contemporáneos, a los cuales consideraba exitosos, poderosos y ricos en comparación con él.

Con el tiempo se hizo visible que, desde la niñez, tenía una existencia como la de Walter Mitty, reconfortándose a sí mismo con ilusiones de ser poderoso, rico y exitoso, admirado y adulado por todo el mundo. En realidad se sentía como un gusano: constantemente a disposición de los demás, sobre todo de su sufrida esposa y de su dominante madre.

Trascurridos unos meses, las cosas parecían ir ligeramente mejor en la vida de Oliver. Concluyó con éxito un negocio. Empezaba a llevarse mejor con su hijo, de quien estaba sumamente orgulloso. Colaboró con su mujer en el negocio de ésta y ella le hizo saber lo valiosa que había sido su contribución. Adoptó una serie de decisiones financieras que sabía que su madre no aprobaría, pero a pesar de eso siguió adelante. Comenzaba a estar más relajado en la terapia, las notas escritas en trozos de papel desaparecieron y, en vez de su habitual contrariedad ansiosa, logró ser capaz de reírse a ratos.

El creciente vigor de Oliver, a medida que se produjeron estas mejorías "no-específicas", permitía adoptar una postura terapéutica más desafiante. Intenté que definiese la razón por la que realmente estaba en terapia. ¿Era sólo para satisfacer a su esposa? Había dedicado toda su vida a tratar de adaptarse a las necesidades ajenas, pero ¿qué pensaba y con qué soñaba él? Esto era especialmente relevante para la terapia, porque se sentía desconcertado ante la ausencia de mis indicaciones y, por tanto, se le hacía difícil adivinar qué era lo que yo esperaba de él. Ése era su modo habitual de relacionarse con los demás: averiguando lo que querían, intentando satisfacerlos con poco

entusiasmo, resintiéndose internamente y, por último, sintiéndose defraudado, y a su vez defraudando él a los demás. Este patrón tipifica la relación que sostuvo con su madre durante la infancia.

La postura desafiante alcanzó un punto en el que le pedí que considerase seriamente si él era realmente quien quería seguir con el tratamiento, o si simplemente, una vez más, estaba satisfaciendo las necesidades y expectativas ajenas, especialmente las de su mujer, aunque en el fondo él no tuviera deseos de cambiar y sintiese un profundo desdén por cualquiera que pretendiera ser capaz de ayudarle a lograrlo. A la siguiente sesión acudió afirmando estar seguro de querer ser ayudado, pero preguntándome ¿qué es lo que *yo* quería de *él*? Le contesté que si se lo decía, una vez más, le proporcionaría un guión a seguir, pero que "nosotros" (en vez de "yo", recalcando con esto la naturaleza colaboradora de la tarea) podríamos funcionar mejor si fuera él quien hablase sobre lo que *realmente* pensaba, y no sobre lo que creía que yo querría oír. A continuación, casi imperceptiblemente, comenzó a describir dos ilusiones vinculadas entre sí. Una pertenecía al pasado y se remontaba al momento en el que mantuvo una breve relación sentimental con una joven que trabajaba en el servicio de inteligencia. Describió la emoción que sentía cuando la llamaba al trabajo para invitarla a salir, y le gustaba estar al corriente de los misterios del servicio secreto y del contraste entre esta excitación y la relación trivial y limitada que ambos mantenían.

A continuación se refirió a su fantasía actual en la que su hijo era reclutado para el servicio civil, ascendía hasta lo más alto donde descubría, para su asombro, que su padre era el misterioso cerebro de toda la iniciativa. Al igual que Scarlet Pimpernel, el bufón de clase alta aparentemente que, de hecho, era una figura heroica y valiente. Apenas hablé durante la sesión y cuando llegó la hora de finalizarla, el paciente expresó su asombro diciendo que se había sentido extrañamente tranquilo.

Además de los aspectos compensatorios obvios que presentan estas fantasías, también podrían entenderse como expresiones del funcionamiento de la falta básica, tal y como la describió Balint. El paciente está en estado regresivo, inmerso en un mundo infantil de fantasía. Se encuentra en un estado de confianza al que Balint llamó *arglos*. Se produce un movimiento hacia la fantasía de la unión con el objeto de amor primario, en este caso representado en forma de la joven del servicio secreto. El paciente se siente arropado y relajado y el terapeuta no se encuentra presionado para interpretar. Éstas son las condiciones de la base segura, tanto fisiológicamente como psicológicamente. La ansiedad se ha reducido a tal nivel que permite la aparición de un relato coherente.

Oliver volvió al día siguiente en un estado muy diferente. Estaba muy enfadado con uno de sus vecinos, un granjero al que alquiló varios de sus propios campos. Los bueyes del granjero se habían escapado, habían roto vallas y paseado por lugares inapropiados sin nadie que les controlase o guiase sus movimientos. Al granjero parecía no importarle nada. Le dije que quizá hubiera una parte de él mismo que estaba, como esos bueyes, fuera de control y que, en el fondo, sentía desdén hacia cualquiera, incluyéndome, cuya tarea consistiera en devolverlos a su sitio. Respondió describiendo las rabietas que solía sentir durante la infancia cuando nadie conseguía controlarle, y luego continuó hablando sobre un cuento que leyó en la escuela primaria y que trataba de un bosque con riesgo de ser destruido con fines inmobiliarios y cómo todos los animales unieron sus fuerzas para salvar el bosque. "Se suponía que debíamos simpatizar con los animales", dijo, pero él, con su incorrección política característica, opinaba que el constructor estaba en su perfecto derecho de talar el bosque si así lo deseaba, a pesar de que esa idea era completamente inaceptable para la profesora.

Le dije que ansiaba el poder del constructor y envidiaba a los animales, quienes al igual que su hermana, parecían ser los

preferidos de su madre. Continuó manifestando el miedo que sentía hacia los animales cuando era niño y el terror que sufrió cuando le montaron a caballo por primera vez a los 6 años de edad. Aceptó que su madre parecía querer a los animales mucho más que a las personas, incluso más que a su propio hijo. Después de esto, con desesperación, dijo que no podía permitir que el amor de las personas "anidara" en él. Su esposa decía que le quería, pero él sentía que se resistía a ese sentimiento: "sencillamente no es seguro. Sería demasiado vulnerable si permito que me quieran". Le dije que, quizá, ocurriera lo mismo en la terapia, no permitiría que está le tocara. Si aceptase la aproximación y fuese rechazado posteriormente, se convertiría en un toro rabioso o perdería los estribos. Asentía con la cabeza e hizo una broma sobre los pañuelos de papel de la consulta: "vosotros los terapeutas siempre tenéis cajas de esos malditos pañuelos. Pañuelos, pañuelos en todas partes, pero nunca ni una lágrima. No puedo llorar –simplemente no es seguro". Ésta fue, quizá, una referencia a una sesión previa en la que se había referido a su incapacidad para sentir algo hacia su mujer y cómo, repentinamente, se había percatado de lo terrible que debía ser para ella vivir con él (véanse Capítulos 4 y 10). Tras este momento de compasión, durante un tiempo se había sentido mucho más próximo a ella. Yo había comparado esto con el Anciano Marinero de Coleridge, quien sintió pena por las serpientes en el encalmado mar y cómo este mismo sentimiento había roto su maldición y había posibilitado su recuperación.

Aunque a este intervalo no prosiguió ninguna mejoría milagrosa, en las sesiones siguientes se produjo una profundización del contacto. La falta básica de Oliver, su sentimiento de terror y, a su vez, el anhelo por la intimidad –la aproximación y el distanciamiento, que son las polaridades básicas de la cosmovisión del apego– eran ahora parte de nuestro vocabulario terapéutico.

Balint estaba interesado en subrayar la naturaleza "no-conflictiva" de la falta básica, quizá con el fin de diferenciarse de los kleinianos. No obstante, este material sugiere que el funcionamiento de la falta básica *es* intrínsecamente conflictivo, en el sentido de que un deseo o una necesidad básica se asocia a una ansiedad igualmente poderosa. En el apego incoherente, como en el caso del ganso Feli de Fisher-Mamblona (2000), se produce una oscilación entre acercamiento-distanciamiento, pero no puede hallarse un lugar seguro para el descanso. El enfermo está dividido entre su deseo de satisfacer su necesidad y el miedo a las consecuencias que acarrea hacerlo. Oliver quería ser capaz de sentir, llorar, ser querido y contenido, pero le aterraba exponerse de este modo a la humillación, al rechazo, al control, al ridículo y al abuso. Huía de la posibilidad de cambiar.

Una perspectiva del apego puede ayudarnos a dar sentido a esto. Tanto Ainsworth (1989) como Bowlby (1988) sugirieron que las estrategias del apego ansioso surgen a partir de la necesidad de mantener contacto con un objeto que es rechazado (la estrategia evitativa o filobática) o es inconsciente (la estrategia ambivalente u oncnofílica). Esto puede compararse con el apego seguro, en el cual el individuo se siente suficientemente integrado y con la autonomía necesaria como para acercarse sin miedo a ser engullido y, a su vez, se siente lo suficientemente seguro como para permitir y tolerar la separación. En uno de los lados de la "debilidad" de Oliver yace el miedo a exponer su vulnerabilidad y en el otro su sensación de aislamiento y sus ilusiones compensatorias. Las estrategias aparentemente contraproducentes de su trastorno de personalidad narcisista eran una reacción extrema de las defensas que perseguían proteger y reforzar dicha debilidad. La finalidad de la terapia, a través del desafío de su caparazón defensivo, era poner al descubierto esta debilidad y, así, poder alcanzar la reparación de la misma. Con las personas que disponen de un patrón de apego básico incoherente y que, como Oliver, tienen defensas narcisistas bien establecidas, este proceso puede ser largo y arduo. "La falta básica" se refiere sobre todo al fracaso de *todas* las estrategias relacionales; el terapeuta será puesto a prueba una y otra vez antes de que se le confíe la historia real de dolor, ira y fracaso de manera coherente.

La respuesta del terapeuta no se redujo a la estrategia balintiana (o winnicottiana) de contención silenciosa durante la primera sesión, por importante que ésta hubiera podido ser. En la siguiente sesión, igualmente importante fue el uso de la metáfora de los bueyes. El objetivo era hacer consciente la falta básica, vinculando la narrativa externa del irritante agricultor con la historia interna de la furia y rebeldía de Oliver. La interpretación actuó como un puente a través de la debilidad, sacando a la luz la falta básica *y* las defensas que la protegían.

Esto sugiere que la terapia efectiva para la falta básica depende de la combinación del desafío, la contención y la interpretación vinculante –quizá una tríada de lo kleiniano, de la influencia del apego y de lo interpersonal. Además, sugiere que ni el modelo puro de déficit ni el modelo de conflicto simple son adecuados para justificar los fenómenos clínicos. Las dificultades interpersonales de Oliver pueden tener su origen en el "déficit" de cuidados parentales que sufrió, con un padre desentendido y una madre preocupada de sí misma y controladora que nunca se dedicó a los intereses de su hijo. Pero su respuesta a estos déficits –aferrarse a su madre/esposa al mismo tiempo que mantenía una distancia emocional absoluta– generó un conflicto insoportable dentro de él, una sensación de fracaso y la imposibilidad de resolver el dilema que le condujo a considerarse un profundo fracasado. Estas mismas ideas pueden contrastarse ahora en el segundo caso, el cual trata de una mujer que también padece una irremediable falta básica.

Jane: incapaz de decir "te quiero"

Jane, una exitosa mujer de negocios soltera aún, fue derivada por su médico de cabecera a consecuencia de los episodios depresivos y sentimientos de vacío que no respondían a los consejos habituales ni al tratamiento con antidepresivos.

A pesar de su personalidad efervescente y una forma de ser abierta y simpática, y con un aspecto físico mejor que la media, Jane se consideraba una persona fea, fracasada y cobarde (una "debilucha" según ella), que increíblemente había alcanzado el

éxito laboral como diseñadora de ropa debido más a la suerte y a su cara dura que a una habilidad inherente o a algún don. Esperaba que el fraude que creía ser quedara al descubierto en cualquier momento. Se describió como una adicta al trabajo e inútil en su vida privada: "no cocino, mi casa es un desastre, no me mantengo en forma, tengo un novio al que le gusto pero que no me lo merezco... *Soy* un desastre, siempre ha sido así y siempre lo será".

Ella era la más joven de cuatro hermanos –y se consideraba un "error" que sus padres lamentaron a lo largo de toda su infancia. Sentía que nunca podría complacer a unos padres que sólo valoraban la belleza y la acción. "A diferencia de mi adorada hermana mayor, yo era fea y tímida: nunca me atreví a ir a clases de danza, montar a caballo, ir bien en los estudios o tener novios como ella". Su falta de belleza física durante la infancia alimentó su sentido del narcisismo defectivo. A los 19 años de edad se fue de casa por primera vez y viajó a los Estados Unidos. Un hito decisivo pareció ser su participación en una actividad de salto de puente al que se enfrentó tras dudar más de una hora. Habiéndose obligado a vencer los miedos que tanto la habían limitado durante la niñez, no miró atrás. Volvió a casa, abrió su negocio y fue de éxito en éxito –pero siempre manteniendo a raya sus sentimientos de desesperación con ayuda de su constante trabajo.

El tema principal de las primeras semanas de terapia fue el control. Jane encontraba difíciles las sesiones desestructuradas e indefinidas y constantemente trataba de instarme a que le ofreciera consejo, cuestionando si me gustaría escuchar sus sueños o si podría sugerirle temas de "conversación". Lograba que me sintiera superfluo. Ella era su propia terapeuta, presentando un análisis empaquetado sobre lo que le pasaba, pero sin ninguna expresión espontánea de sentimientos ni de "material" vivo con el que hacer un trabajo útil. Sin embargo, parecía prosperar. Su depresión, que la había conducido a la terapia, se mantenía a raya, su negocio siguió disfrutando de un éxito

tras otro y, para su asombro, su novio (a quien ella, en el fondo, despreciaba) le había dicho que la amaba (esto justo después de una sesión en la que Jane se había referido al hecho de que nunca nadie le había dicho que la quería). Evidentemente, ella había sido incapaz de corresponderle.

Con el transcurso del tiempo, su miedo a la espontaneidad y a no disponer del control durante las sesiones comenzó a tener efectos cada vez más debilitadores. No se percibía ninguna evolución ni logro de una sesión a la siguiente. Parecíamos andar dando vueltas en círculos. Comencé a desafiar su incapacidad o su poca disposición a contarme sus sentimientos o los sucesos cotidianos de su vida. Era como si estuviera hablando de otra persona, alguien a quien conocía bastante bien, que resultaba ser ella. Ella era siempre un objeto, nunca un sujeto vivo en la consulta. Intenté vincular esto con lo que me había contado sobre sus padres –un padre sumamente insensible y que, según ella, le hacia de menos constantemente ("si le dices que no se siente en esa mesa, lo primero que hará será precisamente sentarse en ella"), y una madre narcisista preocupada de sí misma para la cual Jane siempre había sido una decepción, incluso ahora que disfrutaba de tanto éxito y que podía comprarles una casa y cuidar de ellos.

Se quejaba de su novio –estaba con él sólo por conveniencia y miedo. No lo encontraba sexualmente excitante, pero se llevaban bien como compañeros. Había pensado en dejarle, pero "podría encontrar un amante más brillante... y no ser capaz de soportarlo salvo en la cama". Cuando le dije que *nuestra* relación podría resultarle bastante decepcionante, o que estaba interpretando el tema de la decepción infantil con su novio, y que sólo esta vez *ella*, en lugar de sus padres, disponía del control, ella rechazó estos comentarios considerándolos como especulaciones o desafíos vagos que no producían ningún impacto –insistía en que la persona que estaba *allí* no era ella. ¿Qué más quería yo, acaso no era ésta prueba suficiente de que la paciente se tomaba la terapia en serio?

¡Una semana me llamó por teléfono y dijo que su coche se había estropeado y me pidió que fuese a recogerla a la ciudad! Me negué. Llegó en taxi con un cuarto de hora de retraso y pareció asombrada al final de la sesión cuando la di por finalizada a la misma hora de siempre, sin prolongar el cuarto de hora adicional que ella esperaba. Empezó su siguiente sesión una semana después señalando que probablemente la próxima semana no podría acudir, tenía un viaje de negocios al día siguiente y no podría encajarlo con su terapia. Me sentí marginado e irrelevante –una vez más, una forma de identificación proyectiva tal vez, con la cual me hacía saber cómo se siente quien se considera poco importante. Le comenté que ésta podría ser su forma de vengarse de mí por el cuarto de hora perdido la semana anterior. Ella rió y dijo "*nadie* me hace eso a *mí*", un reconocimiento a que, de alguna manera, fue un alivio el hecho de haberme enfrentado a ella.

Luego, como siempre, empezó su letanía auto-crítica, relativa al dominio familiar. Le dije que me gustaría que hablase de sus sentimientos. Esta sugerencia la dejó realmente perpleja y era evidente su incapaz para diferenciar los sentimientos de los pensamientos: "¿Qué son exactamente los sentimientos?". Le dije que sus dificultades con los sentimientos podrían estar vinculadas al salto de puenting o a lo que éste hecho simbolizaba. Mediante ese salto había liberado su ser del miedo y de su baja auto-estima, pero para saltar también había tenido que eliminar sus sentimientos. Su miedo, ahora, consistía en que si permitía que la terapia se convirtiese en algo importante para su vida, ella volvería a su estado pre-salto.

A continuación comenzó a hablar de cómo esa misma mañana había estado tumbada en la cama de la pequeña casa de campo propiedad de su novio y, mirando a su alrededor, se había horrorizado ante la miseria a la que se exponía: "Yo podría tener una casa grande, un precioso jardín, rodearme con cosas bonitas... justo ayer mi contable me dijo que soy una mujer rica". Le sugerí que estaba esperando a que yo, como

su contable, le abriera los ojos en relación a sus riquezas internas, pero que eso también significaba revisar sus sentimientos "escuálidos" y esto le resultaba muy aterrador.

No respondió, pero continuó hablando de un viajante que trabajó para ella y quien la había llamado, con todo tipo de excusas, para preguntarle por qué no respetaba las fechas de entrega, pero que este viajante era, sobre todo, un vago y un estafador. Le dije que una parte de ella era vaga y que no quería trabajar lo necesario para que la psicoterapia fuese útil y que ella también trataba de estafarme evitando hacer referencia a sus sentimientos. Se ruborizó y dijo "Efectivamente, has dado en el clavo". Entonces manifestó que recientemente su novio la había llamado y le había dicho "te amo", y cómo, por mucho que ella lo hubiese deseado, fue incapaz de contestarle con las mismas palabras. Le dije que, quizá, reconocer que se ama a alguien equivale a correr el riesgo de ser controlado por dicha persona, del mismo modo que había sido controlada por su madre durante la infancia. Concluyó la sesión refiriéndose mucho más tiernamente a su madre y a que ésta se estaba haciendo mayor y no siempre estaría presente.

Partió diciendo que tal vez, después de todo, lograría acudir a la próxima sesión –pero no fue así. No obstante, esta sesión marcó un hito y a partir de aquí comenzó a mostrarse más abierta hacia sus sentimientos en las sesiones posteriores. Al final, y no con pocas dudas, se casó con su novio y poco después de la boda finalizó la terapia, quizá un tanto prematuramente.

A primera vista, esta secuencia puede parecer alejada de la formulación de la falta básica de Balint: sin una regresión obvia, sin "arglos" (compañerismo y confianza entre paciente y analista), el conflicto entre terapeuta y paciente era demasiado obvio y las dificultades de la paciente parecían yacer en la esfera de la rivalidad en el trío con su bonita hermana. Indudablemente Jane todavía sentía aún que ella era defectuosa, y en el momento de manifestar "Exactamen-

te" pareció haber sido tocada su punto débil, un lugar que hasta ese momento había resguardado con tanto vigor, una y otra vez. Además, este punto parecía estar centrado en un dilema dual pre-edípico: su terror a estar a solas con otra persona, su incapacidad para amar. Al igual que Oliver, expresaba un conflicto ineludible –desea amar por encima de todo, pero hacerlo significa perder el control, y esto es lo que más teme. Del mismo modo que Oliver, fue guiada hasta ese punto a través de una secuencia de desafíos, vinculando la interpretación y la contención. El reto era doble. Insistiéndole para que hablase de sus sentimientos, el terapeuta le demostraba que la tomaba en serio y negándole el cuarto de hora adicional se negaba a consentir todos sus caprichos, lo cual, en términos de Balint, hubiera sido un fragmento de regresión maligna. La interpretación de la transferencia devolvió el afecto desplazado a la relación terapéutica. Cuando la acusé de ser vaga y estafadora, al principio se quedó impresionada y furiosa, pero después aliviada y conmovida. Todo esto en un contexto de contención, no sólo en el sentido de la escucha no-crítica y de la aceptación, sino conteniéndola también en relación a su compromiso de acudir con regularidad a la terapia. Esta intensa contención puede considerarse en el contexto de un progreso del apego inseguro al seguro. Las personas con apego inseguro necesitan y temen simultáneamente a su base segura, oscilando continuamente entre el acercamiento y la evitación. Para ayudarles a vencer su miedo a la base segura, deben estar contenidas con fuerza, incluso aunque se resistan o se enfrenten, y sólo así llegarán a descubrir gradualmente que sus miedos carecen de sentido, que es posible confiar y que una estrategia relacional coherente puede funcionar como fuente de seguridad y punto de partida para la exploración.

He intentado describir momentos de terapia en los que finalmente se ha logrado acceder a la dificultad interpersonal de base, a menudo tras sentir que aquello no nos llevaba a ninguna parte. La falta básica conlleva el contraste entre el trabajo superficial y estructural, o en términos de terapia sistémica, entre un cambio de "segundo orden" y de "primer orden". Balint formuló el concepto en el contexto del psicoanálisis y no en el de la psicoterapia psicoanalítica, y espe-

cialmente con el fin de abordar los problemas de los pacientes límites más trastornados y no para los pacientes que presentaban problemas edípicos de tríos, con los que comenzó el psicoanálisis. La falta básica puede adoptar una forma diferente en el marco de psicoterapia psicoanalítica semanal. Las oportunidades para la regresión son menos frecuentes, por lo tanto, lo que se aprecia no es tanto el estado "que va más allá del conflicto" de regresión calmada que sugería Balint (aunque pueda ocurrir, como en las dos sesiones iniciales con Oliver), sino alguna manifestación de falta básica *y* de las defensas protectoras del paciente ante ésta.

La clave reside en "la situación dual" de Balint. Cuando la terapia comienza a abordar la relación fundamental con el terapeuta y el paciente considera que la terapia le proporciona una base segura, es entonces cuando comienza a manifestarse la falta básica. Las interpretaciones de las transferencias son herramientas clave para llegar a la falta básica, puesto que fuerzan a los pacientes a afrontar su actitud hacia las relaciones íntimas, del mismo modo que los enfrenta al aquí y ahora con el terapeuta. El desafío es una parte integral en este proceso –el martillo del geólogo que penetra a través del acrecentamiento defensivo hasta llegar a la falla básica que existe debajo. Pero, como sugiere Balint, los pacientes sólo se sentirán seguros para revelar su falta básica si se sienten suficientemente contenidos en una atmósfera de aceptación.

Esta actualización de Balint puede vincularse con algunos avances integradores propios de la psicoterapia psicoanalítica actual. La idea de la falta básica puede relacionarse tanto con el "tema relacional conflictivo nuclear" de Luborsky (1984) como con los "procedimientos de rol recíprocos" de Ryle (1995), porque ambos conceptos tratan de incluir la esencia de la dificultad interpersonal. La secuencia propuesta de desafío, vínculo y contención está implícita en la formulación de Blatt y Behrens (1987) sobre la naturaleza de la acción terapéutica –una combinación de "implicación gratificante, incompatibilidad experimentada e internalización". Estos autores proponen un enfoque integrador similar al defendido en el presente libro:

> No coincidimos con los analistas que consideran que la principal tarea del análisis es la interpretación y la confrontación y que subrayan la importancia de protegerse de gratificar las necesidades del paciente. Desaprobamos igualmente a quienes consideran que la principal tarea del análisis es el establecimiento de un vínculo empático y que subrayan la necesidad de evitar desmantelar las ilusiones narcisistas de omnipotencia del paciente en la alianza terapéutica.
>
> (Blatt & Behrens, 1987: 293)

La teoría del apego sugiere sobre este particular que la temporalización y la secuenciación son cruciales. En primer lugar debe establecerse la base segura, a continuación llegarán el desafío y la confrontación. Esto se aplica tanto a la estrategia general de la terapia como al procedimiento de cada sesión. El desafío durante los primeros cinco minutos de la sesión, antes de que el terapeuta se haya restablecido como una base segura, tras el descanso de un día, fin de semana o una semana, generaría una reducción en la empatía y que el paciente vuelva a retraerse en su postura característica de base segura patológica. El desafío durante el punto intermedio de la sesión fortalecerá el sentido del mismo. En la afirmación de Blatt y Behrens está también implícita la idea de que los terapeutas deben evitar la confabulación que refuerce la ambivalencia o el autoritarismo que fomentan la evitación (Cf. Dozier et al., 1994). La base segura brota del camino intermedio entre ambos.

En las dos sesiones descritas, un elemento crucial parecía ser una interpretación de tipo transferencial en el que la narrativa del paciente sobre los acontecimientos externos se vinculaba con su mundo interno y con la situación interpersonal entre el paciente y el terapeuta. Esto puede verse a la luz de los posibles sentidos del término "transferencia" (literalmente traslación). En primer lugar, la traslación de material psíquico de una esfera a otra –en este caso de la inversión de los pacientes en una disputa externa a sus propios conflictos con el terapeuta. En segundo lugar, como una traducción en el sentido de una reconversión del significado de un lenguaje a otro –en

este caso, desde el lenguaje de un proceso secundario al del proceso primario. A esto se puede añadir un tercero, la traslación en el sentido de movimiento, en el que una estructura rígida y estática se convierte en otra más fluida y móvil. Los terapeutas deben sentirse libres para moverse mentalmente y en el "espacio" de la sesión, y no limitarse a un rol ni por las demandas de los pacientes ni por su propia rigidez teórica (Cf. p.18).

Esta imagen de movilidad contrasta con la metáfora geológica de la falla básica y nos recuerda que la falta básica no es más que una metáfora –como también lo son muchas de las ideas psicoanalíticas más útiles. En realidad no existe ninguna "falta", sino una disposición resistente a participar en un patrón particular de relaciones interpersonales, un patrón establecido en la infancia y que influye sobre todas las interacciones significativas, incluidas las que se desarrollan con el terapeuta. En la medida en que la falta básica es una metáfora, está abierta a múltiples interpretaciones y modificaciones. También se ha sugerido que el concepto de falta básica puede relacionarse, tal y como sugieren los hallazgos empíricos de la teoría del apego, con un modelo interactivo robusto, el cual sugiere que en la neurosis existe una renuncia entre la necesidad de seguridad por una parte y la de mantener el contacto con el objeto por la otra. Main (1995) describe la "mirada de atención fluida" del niño con apego seguro que puede moverse de un salto desde el apego seguro con sus cuidadores a la exploración excitada del mundo que le rodea. Esto contrasta con el aferramiento fijado a las personas (ambivalencia/ocnofilia) o la adherencia evitativa a las cosas (filobatismo) del apego inseguro. La falta básica incluye al nivel experiencial el aspecto inherentemente conflictivo de esto: el anhelo y el miedo simultáneos del paciente por la proximidad y la rigidez que esto impone sobre sus relaciones.

La psicoterapia psicoanalítica trata de "convertir" esta rigidez en movimiento. Lo hace de múltiples formas: fortaleciendo otros aspectos de la personalidad de modo que la zona de la falta básica llegue a ser menos crucial para la supervivencia; ayudando al paciente a ver que las personas son inherentemente imperfectas y reduciendo así la inversión narcisista para alcanzar la perfección; mostrando que las

personas, hombres y mujeres, no son realmente de piedra y que la agitación y modificación de la falta básica no implica necesariamente la desintegración. En cada una de estas tareas el humor desempeña un rol crucial. De algún modo, todos nosotros somos torres defectuosas como el personaje de "Falty Towers". Cuando aprendemos a reírnos de nosotros mismos, un defecto puede convertirse en una fuente de placer y auto-conocimiento –aunque la risa también pueda ser una defensa maníaca contra la tristeza. En el siguiente capítulo, nos referiremos a un tema más pesimista, la transmisión generacional de la inseguridad.

7 Apego y el "self historiado"

Hace tiempo que los teóricos de la evolución han reconocido que la evolución humana se produce sobre todo por efecto más de la transformación cultural que genética. La transmisión intergeneracional constituye el proyecto genoma de la psiquiatría psicosocial –un ambicioso esfuerzo cooperativo que trata de determinar las formas en que una generación modela la arquitectura psicológica de la siguiente. Al igual que el proyecto genoma, dispone del potencial de sacar a la luz las vías evolutivas patológicas y sugerir los modos en que éstas puedan aminorarse.

Dawkins, medio en broma, acuñó el término *meme* como la unidad de evolución cultural. Un meme es una unidad de conducta o una idea que se transmite "saltando de un cerebro a otro a través de un proceso que… puede denominarse imitación" (Dawkins, 1976). Los humanos, especialmente los bebés y los niños de poca edad, son expertos en mimo. El ejemplo más sorprendente de esto, es, sin lugar a duda, la adquisición del lenguaje. Como decía James (1890), los niños se enfrentan a un mundo "zumbante y retumbante" de sonidos y sensaciones, y sin embargo logran construir a partir de él la sintaxis y la gramática de su propio lenguaje. ¿Cómo lo hacen?

La respuesta parece ser doble. Por una parte, el bebé nunca está solo. El aprendizaje de la lengua es un proceso interactivo. Sin un cui-

dador que actúe como modelo a imitar y como modelador y pedagogo, la criatura nunca entraría plenamente en el universo lingüístico. En segundo lugar, el niño está biológicamente predispuesto a aprender el lenguaje, dispone de un mecanismo cerebral al que Chomsky (1972) denominó dispositivo para la adquisición del lenguaje (LAD, *Language Adquisition Device*). En conjunción, estas dos fuerzas garantizan que cualquier niño neurológicamente normal aprenda a hablar.

¿Qué relevancia tiene esto para la psicoterapia? La psicoterapia se interesa por el lenguaje de las emociones. Al igual que el lenguaje, la vida emocional, aunque tenga un origen fundamentalmente biológico, es aprendida, experimentada y vivida en un contexto relacional –un axioma central de la perspectiva del apego. Aprendemos a hablar y a sentir sobre y a partir del regazo de nuestras madres. Existe la misma predisposición a buscar apegos –y quizá, a adquirir "mecanismos mentales" como el fraccionamiento, la proyección y la represión– que a responder al imperativo lingüístico.

Las relaciones y el lenguaje nos permiten ser al mismo tiempo individuo y sociedad. Lacan (1977) fue el primero en articular con precisión las profundas conexiones entre la noción psicoanalítica de un mundo interno y el universo lingüístico: "el inconsciente se estructura como un lenguaje". Entiendo esto como que existe una gramática y sintaxis –estructura y reglas– para las relaciones emocionales, de las que somos en gran medida desconocedores y, sin embargo, tienen un efecto determinante sobre cómo nos sentimos con respecto a nosotros mismos y a ésos a quienes amamos y odiamos, y que hemos aprendido –al igual que el lenguaje– dentro de la microcultura de la familia.

En este capítulo se examina cómo nuestro modo de hablar sobre nosotros mismos y nuestros sentimientos –y, en definitiva, el modo en que nos experimentamos a nosotros mismos y a nuestras relaciones– se *transmite* de generación en generación, y también puede ser *transmutado* mediante el proceso de psicoterapia. Bowlby (1988) desarrolló la teoría del apego como ampliación y, al mismo tiempo, en oposición al psicoanálisis, por ello comenzaré por considerar los modelos psicoanalíticos de influencia progenitor-hijo. Las pruebas

empíricas descritas en capítulos anteriores muestran que el trato recibido durante la infancia se vincula con el estilo narrativo de la edad adulta. Trataremos de relacionar esto con la idea de "los fantasmas del jardín de infancia" de Fraiberg y colaboradores (1975) y veremos que, si la psicoterapia es un modo de "ahuyentar fantasmas", la salud psicológica requiere el restablecimiento de la relación de la persona con sus "fantasmas", de modo que éstos no la dominen pero tampoco necesiten ser negados.

Para Freud la *identificación* era el mecanismo básico de transmisión intergeneracional. Central a la visión freudiana es una criatura *activa*, que crea un mundo –tanto interno como externo– a partir de las influencias que se le presentan. La identificación brota a partir de la incorporación o introyección del pecho-madre a través del acto de la alimentación. "Somos lo que comemos" es quizá fisiológicamente muy sencillo, pero capta esta noción primitiva de identificación caníbal. Piaget (1954) recurrió a una metáfora digestiva similar para referirse a su esquema fundamental del aprendizaje: *acomodación*, que consiste en aproximar el alimento al self en el estómago, seguido por la *asimilación*, en la que el alimento es fraccionado y convertido en "yo". La acomodación corresponde a los aspectos imitativos de la identificación, y la asimilación es el proceso mediante el cual lo aprendido se conduce hasta la procedencia del self. Como veremos, un mal objeto puede no ser incorporado de este modo y permanecer como una influencia maligna no acomodada ni asimilada por la personalidad, capaz de minar o destruir los impulsos constructivos.

Para Freud (1923), la identificación era central para la vida psíquica, constituyendo el núcleo del eje self-otros, determinando tanto las vías narcisistas como las relacionales: quién nos gustaría ser (para los niños, el padre) y a quién queremos tener (a la madre). La identificación es también la base del sistema ideal del yo/superyo (Freud, 1923). Otro aspecto de la identificación se centra en las formas a través de las cuales el ego afronta el dolor por la pérdida mediante la "identificación con el objeto perdido" (Freud, 1917). Si el proceso evolutivo se contempla como una serie de pérdidas, el yo se convierte en un "precipitado de cathexis abandonados". El self está com-

puesto por una amalgama de relaciones, pasadas y presentes. La sensación del self brota a partir de la capacidad para modelar estas influencias en un todo coherente, que sea único y, sin embargo, sea también un eslabón en la cadena intergeneracional.

Klein, Fairbairn y sus sucesores adoptaron este último modelo, derivado de las especulaciones de Freud y Abraham sobre la melancolía, y lo convirtieron en la base de la teoría sobre las relaciones de objeto. El mundo interno o representacional incluye los objetos introyectados –los buenos y los malos– de los primeros años de vida de la criatura. Éstos conforman una plantilla self-otros que actúa como modelo para las consiguientes relaciones. El individuo puede identificarse con cualquiera de los "polos" de estas valencias –pasivo o activo, víctima o abusador, sufridor o cuidador, etc.

En estos modelos, sin embargo, no está articulada la relación entre los factores externos –manejo parental, cultura, ideología– y el mundo interno de fantasía y sentimiento. Por contraste, la teoría del apego es un modelo explícitamente relacional en el que *a priori* no existe un modelo interno sobre el que se inscribe cierto grado de influencia externa. La relación está presente desde el comienzo, y las constricciones de diferentes patrones de apego son las que determinan identificaciones más o menos adaptativas. Existe un proceso interminable de patrón interactivo que se actualiza a lo largo de las generaciones. Conceptos como "el self" o la "identificación" son abstracciones de este proceso. El siguiente ejemplo sugiere que la capacidad para reconocer este proceso identificador es un componente importante de la salud psicológica.

Peter

Peter, un hombre de negocios en su treintena, se presentó en un estado de depresión y pánico. Cada vez que se aproximaba a una mujer y surgía la posibilidad del compromiso, se deprimía y se enfadaba y saboteaba la relación –esto había ocurrido repetidas veces. Peter trabajaba para su padre, a quien idealizaba como lo que nunca llegaría a ser: inteligente, con éxito, poderoso. Al mismo tiempo, le odiaba y recordaba

con dolor la humillación cotidiana a la que se había visto forzado por él para dar conversación en la mesa mientras a él se le trababa la lengua. Ser capaz de articular sus sentimientos en terapia fue un gran alivio, aunque siempre existía la sospecha de que el terapeuta, como su padre, abusaría de la confianza de Peter y le decepcionaría.

En el curso de la psicoterapia, Peter comenzó a ver que, inconsciente y constantemente buscaba la aprobación de su padre, una aprobación que nunca llegaba de forma directa, incluso cuando sabía que su padre se sentía secretamente satisfecho por lo que él había logrado. Logró divisar que esta infructuosa búsqueda le ataba a su padre y le impedía abandonar el negocio familiar para establecerse por sí solo. Careciendo de una introyección paterna segura, cada vez que se le pedía que "se comportara como un hombre" y se comprometiera con un socio, le invadían las dudas y las ansiedades. Temía convertirse en el padre odiado (y por ello sentía ansiedad extrema ante la idea de tener sus propios hijos) o no alcanzar el nivel del padre ideal que sentía debía ser.

La relación con su madre era igualmente ambivalente: como hijo mayor, nunca había llegado a perdonarla por haber tenido dos hijos más. Se sentía resentido por la intrusión de ella, pero confiaba en que ella siempre estuviera "ahí", cuando las cosas fueran mal.

Su autonomía y auto-estima se veían comprometidas por estas identificaciones ambivalentes. El proceso de transmisión de una generación a la siguiente estaba bloqueado –literalmente por su incapacidad para concebirse como progenitor. Los "fantasmas" del padre de Peter (cuyos progenitores habían muerto en un accidente de tráfico cuando él contaba con 10 años de edad) estaban influyendo sobre su forma de actuar con Peter (sobreprotegiéndolo pero privándole de aprobación sobre la base de que todos deberían aprender a valerse por sí mismos como lo había hecho él), de modo que la vitalidad no podía transmitirse a la siguiente generación.

A través de estas identificaciones parciales y ambivalentes, se transmitía una pérdida de un modo no asimilado desde el padre hasta el hijo. El estilo de apego evitativo de Peter surgió de una necesidad infantil por permanecer próximo a su padre, quien no toleraba dicha proximidad. Esta "identificación con el agresor", o estilo de apego evitativo, le condujo a perpetuar un patrón rígido de relaciones insatisfactorias. Para que la maldición fuera redimida –para que descansaran los fantasmas– se necesitaban dos cosas. En primer lugar, Peter necesitaba la oportunidad de desarrollar una relación no evitativa con el terapeuta, quien se convertiría en una base más o menos segura con relación a la cual él se sintiera libre para expresar sus sentimientos sin miedo al rechazo. En segundo lugar, necesitaba reconocer la forma en que su propia experiencia personal estaba modelada por las fantasías de su padre, y que la conducta de su padre era, a su vez, el producto de lo que a éste le había ocurrido durante su infancia.

Desde esta perspectiva basada en el apego, los dos ingredientes de experiencia nueva e insight añadido son básicos (Cf. Capítulo 5), pero esto se contempla en términos del establecimiento de una base segura y de la aparición de la competencia narrativa. El nuevo patrón de apego se forja a partir de la combinación de la historia de apego del paciente y del terapeuta (Dozier et al., 1994), y el foco de atención se dirige tanto a la generación anterior como a la del paciente mismo.

La teoría de las relaciones de objeto se centra sobre todo en la actividad psíquica del bebé y en cómo a través de la identificación una generación es "derribada" por la siguiente. Bion, Bowlby y Winnicott, aunque de formas diferentes, se interesaron por un modelo interactivo o interpersonal al que el progenitor y el bebé contribuían igualmente. Leiman (1995) incluye la perspectiva de Winnicott en su modelo de aprendizaje interpersonal que se produce en la "zona de desarrollo próximo" (Vygotsky, 1978). En el espacio transicional o de juego es tarea de los progenitores dar sentido a la experiencia del niño: un movimiento se reconoce como un gesto, el balbuceo se reconoce como el comienzo del habla. Así, la capacidad del progenitor para empatizar, establecer límites, dejar de lado los propios sentimientos para centrarse en los del bebé y lo que el bebé "significa"

para él o ella (la persona sobre la que colmará el amor que siente que nunca tuvo, el hermano que le desplazó, el hermano a quien preferían más, etc.), todos estos factores determinarán la calidad de la interacción progenitor-hijo y, por lo tanto, influirán sobre el modo en que la criatura llegue a entenderse a sí misma y su mundo, y el modo en que la fantasía se transmite de una generación a la siguiente.

Como se señalaba en el Capítulo 3, la idea de Winnicott sobre el *reflejo* maternal es un concepto clave en la teorización de este proceso. Según Winnicott (1967), cuando la madre mira al bebé, "el aspecto de la madre [es decir, para el bebé] se relaciona con lo que ella [es decir, la madre] ve ahí". Tal y como hemos comentado previamente, este insight clínico ha sido ampliado por Gergely y Watson (1996), quienes sugieren que una madre sintonizada ayuda a la criatura a identificar sentimientos mediante el reflejo de la conducta que dispone de dos características. La primera, la expresión facial de emoción de la madre se "señaliza" mediante la exageración, de modo que el bebé pueda ver que son los sentimientos "interpretados", no reales. La segunda, que son contingentes con los sentimientos del niño, de modo que surgen sólo cuando la criatura parece estar experimentando una emoción particular (una respuesta que en sí misma tiene una función tranquilizadora). Aquí vemos los inicios de una posible representación o historia relativa al self y sus sentimientos. La "señalización" diferencia la auto-representación de la percepción ordinaria. Es como si la madre estuviera diciendo "éste es un pequeño juego sobre tu persona y tus sentimientos"; la contingencia garantiza que el juego sea lógico. La "señalización" puede relacionarse con el subrayado, figura/fondo del self narrativo (quien me digo que soy); la contingencia se vincula con la sensación de self unitario y coherente. Ambos, también, pueden constituir la base para los orígenes de la sensación de mundo interior –un "lugar" sobre el que puede proyectarse la experiencia, representarse, pensar sobre ella y asimilarla creativamente.

La investigación sobre el apego sugiere la existencia de vínculos entre estas observaciones de la vida temprana y el self narrativo de los adultos. El modo en que habla el progenitor –y por lo tanto, presumiblemente, piensa– sobre él o ella misma se vincula con los patro-

nes de apego y se transmite a la siguiente generación, y hacia atrás refleja sus propias experiencias de apego en la infancia. Se cree que la función reflexiva (Fonagy, 1977) es la que determina fundamentalmente que una madre cuya propia infancia haya sido traumática tenga hijos que sean inseguros en la Situación del Extraño. La capacidad para la función reflexiva parece ser protectora contra la vulnerabilidad psicológica ante la dificultad ambiental, un hallazgo importante para los psicoterapeutas, porque podría decirse que gran parte de su trabajo consiste en fomentar la función reflexiva de sus pacientes. Obviamente, la función reflexiva también se relaciona con la competencia autobiográfica: para narrar una historia sobre uno mismo en relación a los demás, es necesario que uno sea capaz de reflexionar sobre sí mismo –verse, aunque sólo sea parcialmente, desde fuera, y esto, a su vez, depende de la experiencia del reflejo materno. El reflejo materno es la base del "reflejo interior" o mundo representacional cuyo establecimiento es parte de la tarea de la psicoterapia.

Aunque el apego surja a partir de los cuidados parentales, el estilo narrativo se deriva de la relación de un individuo consigo mismo. Entre la Situación del Extraño y la Entrevista de Apego Adulto (EVA), se ha producido un proceso de internalización, que incluye la conciencia de un individuo sobre sí mismo, sus otros significativos, las relaciones entre ellos y su conciencia y capacidad para referirse a estos fenómenos.

¿Qué podemos decir, entonces, sobre los orígenes de estos tipos de conciencia y su relación con la seguridad e inseguridad? Meares (1993) ha desarrollado una hipótesis basada en lo que denomina "narrativa del self", derivada de la noción de Winnicott (1971) sobre la necesidad del niño para ser capaz de jugar "solo en presencia de la madre" si ha de generarse una sensación de self estable "auténtica" ("segura", en términos de apego). Mediante la presencia pacífica en el fondo de la escena, la madre permite que el niño la olvide y que éste se concentre en la auto-exploración, que es la esencia del juego solitario. Si, por el contrario, la madre no está disponible, es incoherente o no sintonizada, el niño está obligado a pensar en su progenitor y, por lo tanto, es capaz de desarrollar una representación distorsionada de sí mismo.

Meares (1993) estudió las grabaciones en video del tipo de discurso usado por niños de 3 y 4 años de edad durante su juego solitario. Siguiendo a Vygotsky (1978), denomina a esto "diálogo interior", aunque en este estadio particular del desarrollo lingüístico sea audible y, por lo tanto, disponible para el estudio científico. El diálogo interior presenta rasgos específicos que lo diferencian del diálogo social. De un modo similar al contraste entre procesos primarios y secundarios de Freud (1911), el diálogo interior es inconexo e incompleto, las palabras van unas detrás de otras por asociación sin seguir una progresión lógica. El "diálogo interior" audible se detiene abruptamente entre los 5 y 6 años de edad. Es razonable pensar que la auto-conciencia, tan relacionada con la sensación del self, la privacidad, la conciencia de la verdad y falsedad emocional, la habilidad para planificar y para reflexionar sobre las emociones, es una continuación de este juego de habla descrito por Meares.

Lo que se originó como una interacción, modelada por el apego dinámico, se ha internalizado, de modo que ahora el niño dispone dentro de sí mismo de un espejo/reflejo interior, o un ojo interior, en el que puede representarse y modificarse creativamente el pensamiento emocional. La adquisición del diálogo interior implica convertirse en íntimo (el término "íntimo" establece un vínculo etimológico entre la proximidad emocional y la comunicación) con uno mismo: el conocimiento sobre uno mismo va de la mano del conocimiento de los demás. Si se le pregunta, el niño que juega es capaz de relatar lo que ocurre en su mundo interior; por ejemplo, "Jugaba a que la mamá se marchaba y que el niño estaba triste". De adulto, quizá en la EVA, podría ser capaz de decir, "Cuando mis padres se separaron, solía jugar a que la madre de mi muñeca se marchaba y después volvía". La psicoterapia analítica recrea la situación de estar "solo en presencia de otro": la "asociación libre", quizá no sea sino otro diálogo interior exteriorizado una vez más.

La adquisición del diálogo interior es una función evolutiva. Podemos imaginar de qué modo puede ser interrumpido para que produzca patrones inseguros en la EVA. Si la madre no está disponible, la preocupación del niño puede ser tal por mantener la proximidad con

ella que sea incapaz de jugar y, en consecuencia, de encontrar la voz interior. Esto, a su vez, conduce a narraciones desdeñosas y a dificultades con la intimidad. Las narrativas preocupadas reflejan un dolor no metabolizado que no ha sido transmutado a la metáfora del juego: el sufridor busca un contenedor seguro y recurre a quienquiera que esté a mano para tal fin –en este caso, los sentimientos pueden evacuarse a través de la "identificación proyectiva". Si el progenitor ha sido intruso, la narrativa del self podría estar contaminada por la narrativa parental, pensando y sintiendo siempre más en lo que se espera que en lo que hubiera podido surgir si los cuidados parentales hubieran estado más centrados en el niño.

Por último, si el contexto es traumático, el conjunto del "contenedor/narrativa del self" puede estar obliterado, dejando lagunas y discontinuidades en la textura de la realidad interior y en su representación en el diálogo interior. Esto se vincula con la idea de la "teoría de la mente" del niño, tal y como se desarrolló en la literatura psicoanalítica de Fonagy (1991), Leiman (1995) y Hobson (1993). Fonagy defiende que los niños traumatizados carecen de una "teoría de la mente" en el sentido de que presentan dificultades para ver que los demás tienen sentimientos, intenciones y deseos, como también para definir con precisión su propio mundo interior. En ausencia de un reflejo/espejo interior, no existe la capacidad de mentalización en el sentido de Fonagy.

Ante progenitores agresivos o sexualmente intrusos, se inhibe el proceso normal de "intersubjetividad secundaria", mediante la cual el niño comparte sus experiencias del mundo con sus cuidadores a través de las claves visuales, la imitación, etc. Para perpetrar su crueldad, el abusador ha de eliminar de su conciencia el conocimiento de que el niño puede experimentar miedo, dolor, asco, etc. (el ejemplo más extremo de esto corresponde al del abusador que posteriormente asesina a su víctima en un intento de obliterar completamente el reflejo). El niño crece en un mundo en el que sus sentimientos –y significados– no son tenidos en cuenta o son destruidos. Al mismo tiempo, el niño es dependiente del abusador y puede estar muy apegado a él. A menudo se produce un círculo vicioso, basado en la dinámica

del apego, en el que cuanto más traumatizado esté el niño, más se aferra éste a la figura de apego, quien por ello se siente motivado a seguir perpetrando el abuso. El niño abusado suele ser propenso a negar la existencia de la mente de su abusador, porque de no hacerlo tendría que afrontar el inaceptable hecho de que ésos a quienes ama y de quienes depende tienen intenciones malévolas hacia él.

El self autobiográfico puede entenderse en términos de un objeto interno con el que el individuo tiene una relación, comparable a las relaciones "externas" que pueden verse como diferentes estilos de apego. A nivel clínico, la fluidez psicológica del individuo seguro-autónomo puede contrastarse con las posiciones relativamente estáticas y defensivas del apego evitativo o del apego ambivalente.

Las ideas de Gergely y Watson (1996) sugieren que existe una estrecha relación entre el desarrollo del self y el apego seguro. La "señalización" nos capacita para distinguir los sentimientos propios de los ajenos y, por lo tanto, es un baluarte contra el uso excesivo de la identificación proyectiva. Cuando la "señalización" se fragmenta, que es lo que puede ocurrir en el caso del apego ambivalente, el niño puede ser incapaz de distinguir sus sentimientos de los de su madre: "¿Son mis sentimientos los que veo yo mismo en el reflejo o son los suyos?". La contingencia se relaciona con la "autenticidad" de los propios sentimientos, que nos ayudan a garantizar la correspondencia entre una emoción y su representación. Aquí, los niños con apego evitativo suelen ser especialmente vulnerables, porque han carecido de la cobertura de atención que necesitan para "hallar" sus sentimientos en el reflejo de la madre.

La formulación de Bowlby (1988) relativa a lo que venimos denominando "reflejo/espejo interior" era la idea de los modelos internos de trabajo –mapas del self y de su relación con los demás, constantemente comprobados y actualizados a la luz de la nueva experiencia. Como se comentará con más detalle en el próximo capítulo, las personas con apego seguro pueden (a) distinguir entre su propia experiencia y la ajena, (b) representar y narrar la historia de sus sentimientos y (c) disponer de la capacidad para fragmentar sus historias y modificarlas para que se adapten mejor al vaivén de la experiencia.

Los individuos ambivalentes están tan próximos a sus sentimientos que no logran la objetivización –en términos de White y Epston (1990), "externalización", equivalente a la "señalización" de Gergely y Watson (1996)– necesaria para una historia funcional. Las personas evitativas, por contraste, se aferran a una versión estereotipada de sí mismas y de su pasado y se sienten amenazadas por la idea de una narrativa en constante actualización –una vez más, en términos de Gergely y Watson, una narrativa que es comprobada en términos de contingencia, que es característica de la vida creativa.

Fantasmas

Esta explicación basada en el apego sugiere los inicios de la teoría de la transmisión intergeneracional. Sea lo que sea lo que se transmita de una generación a la siguiente –una historia, una fantasía, un guión– actúa como una presencia fantasmagórica o principio organizativo alrededor del cual puede producirse el desarrollo psicológico. Proporciona la coherencia, estructura y forma necesarias para la aparición de la estructura psicológica. La historia puede ser "buena" (segura) o "mala" (insegura evitativa o preocupada), pero constituye algún tipo de mapa que ayuda a su poseedor a saber quién es, de dónde viene y a dónde puede llegar. La organización incoherente (apego desorganizado), por el contrario, que parece surgir de los tipos más perjudiciales de experiencias infantiles, ofrece mensajes caóticos, confusos y contradictorios para la siguiente generación, conducentes en muchos casos a las psicopatologías. Quizá, en algunos pocos individuos que son capaces de trascender a esta confusión, esto puede ser fortalecedor: parecen capaces casi de crear una identidad *de novo*, y al hacerlo pueden convertirse en los innovadores (en las mutaciones benignas o "monstruos buenos", en términos evolutivos) de la siguiente generación.

Fonagy y Target (1996) consideran que es función de la psicoterapia ayudar al paciente a avanzar desde el "modo de la equivalencia psíquica" al modo "pretendido". En el primero, los "fantasmas" son amedrentadoramente reales, mientras que en el último, sin eludir la

importancia de la pretensión e imaginación, son vistos como remanentes insustanciales del pasado –figuras en un espejo, más sombras que percepciones reales.

La idea de los fantasmas se remonta al conocido documento de Fraiberg et al. (1975: 387-8) y quizá incluso más atrás a la famosa obra de Ibsen.

> En toda habitación infantil hay fantasmas. Son los visitantes del pasado olvidado de los progenitores, los huéspedes no invitados en el bautizo. Bajo circunstancias favorables los espíritus malignos y espontáneos se alejan de la habitación y vuelven a su morada subterránea… pero, ¿cómo podemos explicar el caso de otras familias que parecen estar poseídas por sus fantasmas? Aunque nadie les haya invitado, los fantasmas se asientan y dirigen el ensayo de la tragedia familiar desde un guión andrajoso.

El modelo de Fraiberg vincula los arquetipos del cuento de hadas *La Bella Durmiente* de Pereault con la investigación sobre el desarrollo que hemos venido planteando. En *La Bella Durmiente*, el curso del huésped no invitado permanece dormido hasta que la Bella Durmiente alcanza la pubertad. Cualquier objeto puntiagudo o agresivo es eliminado del palacio, pero todo esfuerzo es vano. La maldad no puede evitarse de este modo; lo reprimido volverá a aparecer. La princesa se pincha el dedo y comienza a fluir sangre (seguramente sangre menstrual). Sólo el amor redimirá la "maldición" (una referencia menstrual); es decir, la insistencia fálica del príncipe que se abrirá camino a través de la foresta que ha brotado alrededor de la sexualidad de la princesa. Al igual que el bello púbico, la misteriosa foresta es tanto una invitación (una señal de madurez y disponibilidad sexual) como una forma de encubrimiento, una advertencia para el incauto. El beso del príncipe es un momento de "ah-ha", como una buena interpretación que hace renacer a ésos que sólo están parcialmente vivos. Ahora se puede narrar la historia y los fantasmas (¡y el príncipe!) pueden ser tumbados.

Dejando a un lado las implicaciones sexistas de la pasividad femenina de esta historia, el punto central de Fraiberg es que los fantasmas parentales llegan a encantar la psique de la nueva generación. Es posible una lectura kleiniana de "La Bella Durmiente" –la madrina mala contiene el fraccionamiento y el odio proyectado y la decepción de la criatura "kleiniana", la reconciliación con la agresión representada por el príncipe y el huso ejemplifican la posición depresiva– aquí el "encantamiento" es intrínseco al funcionamiento psicológico: ninguno de nosotros transciende a la posición esquizo-paranoide. Pero desde la perspectiva del apego, la psique de los progenitores transmite su legado a la siguiente generación al comienzo de la historia evolutiva. Lo que no pueda representarse en la mente parental, a través de las limitaciones del apego inseguro, hallará su camino hasta introducirse en la vida psíquica inconsciente del niño. En palabras de Fonagy et al. (1995: 248): "La conducta del *niño* en la Situación del Extraño puede estar, por lo tanto, en función directa de la experiencia acumulativa del niño de la conducta *maternal* en respuesta al estrés" (incluidas las cursivas). En otras palabras, el niño "recoge" las respuestas maternales a sus propias angustias, que posteriormente modelan su auto-experiencia, del mismo modo que su madre recogió su respuesta ante la conducta de los abuelos del niño, y así sucesivamente. La transmisión intergeneracional es, por definición, una teoría que incluye a tres generaciones.

Implicaciones para la psicoterapia

¿Qué implicaciones se derivan de todo lo anterior para la psicoterapia? Tal y como se afirmaba anteriormente, la EVA es innovadora porque contempla tanto el estilo y la forma como el contenido de una narración. Si la psicoterapia actúa, al menos en parte, proporcionando una "experiencia emocional correctiva" (un aspecto que durante una época fue muy discutido en los círculos psicoanalíticos), es probable que se deba al hecho de que el terapeuta ofrece condiciones similares a las que subyacen a un apego seguro: sintonización, afrontamiento de la protesta, responsividad, reflejo, etc.

Pero estos "factores inespecíficos" (comentados en el Capítulo 5), comunes a todas las psicoterapias, constituyen sólo el fondo de las preocupaciones de los profesionales y de sus pacientes. La mayoría de las terapias se interesan sobre todo por el *contenido* y la *cognición* –el afrontamiento se da por hecho, una vez establecida la alianza terapéutica. La transmisión intergeneracional surge como una *historia* dejada en herencia y revivida por el protagonista en el drama familiar. La función reflexiva (que, en esencia, es un resurgimiento del concepto psicoanalítico de insight) reúne la historia y el estilo, en cuanto que las reflexiones adoptan necesariamente una forma narrativa, pero es la *capacidad* para reflexionar (es decir, la reflexividad como función psicológica) la que parece vital para la salud psicológica, y es la adquisición de tal habilidad la señal del progreso en la terapia.

Son tres los estadios implicados en el afrontamiento de la transmisión intergeneracional en psicoterapia. El primero consiste en llegar a ser consciente de las formas en que los sentimientos y las conductas presentes están dictados por la experiencia pasada –contactar con los propios fantasmas. Esto puede ser doloroso, especialmente porque estas influencias del pasado están profundamente engranadas y afectan a todos los aspectos de la auto-experiencia a nivel psicológico. Es como si los fantasmas estuvieran inscritos en el cuerpo.

La segunda fase conlleva normalmente el intento de eliminar tales fantasmas diferenciándose uno mismo o alejándose violentamente de lo que parezcan ser las influencias extrañas. Ésta es la fase de la ira hacia los progenitores y de la protesta existencial sobre la pérdida, el trauma y la inadecuación a la que se expone el sufridor. El paciente espera que, a través de la influencia benigna de la psicoterapia, surja un nuevo self, que no esté amordazado por el pasado. Se enfatiza el self creativo y la habilidad para hallar nuevas soluciones y patrones en lugar de permanecer atrapado por la mano muerta del pasado.

Pero este proyecto sólo puede ser parcialmente satisfactorio. Nos guste o no, estamos configurados a partir de nuestro pasado y no podemos eludir su influencia modeladora. No existe lo que se viene denominando como hombre hecho a sí mismo o mujer hecha a sí

misma. Por lo tanto, la tercera fase consiste en aceptar y llegar a entendernos con nuestros fantasmas, o en ver de qué modo nuestros progenitores, a quienes hemos culpabilizado tan duramente, han sido también productos de su propia historia. El paciente (y en este punto el "paciente" también es una faceta de nosotros mismos) llega a ver que si las cosas hubieran sido diferentes, como él tan fervientemente esperaba que hubieran sido, "él" no hubiera existido y, en consecuencia, el esfuerzo por rescribir la historia sería un proyecto imposible, un producto de la omnipotencia y del narcisismo residual que es tan esencial para la supervivencia pero tan persuasivamente confuso. Ahora puede comenzar a perdonar a sus progenitores, a empatizar con el dolor de éstos y, al fin, a agradecerles por haberle traído al mundo –el único mundo posible– con su mezcla de alegría y sufrimiento.

En la práctica de la realidad clínica estas tres fases no son tan específicas como las he descrito aquí. En psicoterapia psicoanalítica, cada una de ellas se representa en la transferencia, en la que, inicialmente, el paciente tratará de reproducir su historia de apego con el terapeuta. Estos sentimientos transferenciales, a medida que empieza a ser consciente de los mismos quizá por primera vez, son un recordatorio del self infantil que silenciosamente modela nuestro destino. A continuación, en algún punto, la terapia será repudiada, algunas veces de forma completamente abierta ("¡He encontrado una nueva fe, curandero, amante, un antidepresivo nuevo, *eso es* lo que hace que me sienta mejor!"), más sutilmente otras, perdiendo algunas sesiones, mostrando una devoción servil que transmite la decepción amarga, la gradual desvinculación de la terapia y la gratitud por la ayuda que ha sido dada, aceptación que no ha sido lograda, aprecio de los obstáculos que se avecinan.

Alison

Alison había estado acudiendo a terapia psicoanalítica semanal durante varios años. El problema que presentaba era su depresión y su incapacidad para mantener relaciones con

los hombres. Gran parte de su trabajo se centró alrededor de su padre, un hombre violento y abusador que la había mantenido aterrorizada durante toda la infancia y que había seguido con sus intenciones sexuales incluso hasta la edad en que ella ya era adulta. Alison experimentaba a su madre como una mujer depresiva y oprimida pero, con todo, controladora a quien ella anhelaba aproximarse pero parecía que siempre estuviera fuera de su alcance. Estos temas se representaron incesantemente en la transferencia de un modo o de otro. Ella veía a su terapeuta, como a su padre, imposible de satisfacer, por mucho que se congraciase con él o le suplicase ("dime que te gusto –es todo lo que necesito para sentirme mejor", etc.). Estaba decidida a ser una buena "paciente", a participar en la asociación libre, a hablar sobre el pasado, a llorar o a hacer cualquier cosa que creyera que fuera necesaria, pero siempre se equivocaba porque la clave estaba en la espontaneidad, y eso era lo que ella más temía. Peor aún, en algunos momentos se comportaba como su padre, inmiscuyéndose en la privacidad del terapeuta, bombardeándole con solicitudes de aceptación, dictando sus respuestas ("No te atrevas a decir que justifique a ese hombre, no puedo soportarlo").

En otros momentos, se hacía dominante el tema relativo a su madre y Alison se convertía en una víctima sufridora pasiva, rechazada por los hombres, desesperadamente depresiva, incapacitada (su madre había sido víctima de la polio) por los horrores traumáticos de su infancia. Ahora el terapeuta se convertía en la madre olvidadiza, que permanecía silenciosamente a un lado mientras ella sufría, envuelta en sus propios problemas (su madre diría, "¿Te has hecho daño, cielo? Ve y pide a alguien que te coloque una tirita", mientras ella trataba desesperadamente de lograr su atención) e indiferente a su infelicidad aparentemente.

Durante muchos años la terapia fue el principal centro de interés de su vida. Con muchos logros en las circunstancias externas, alcanzó cierto grado de autonomía y auto-respeto.

Cedió su depresión, pero la posibilidad de finalizar con el tratamiento era aún impensable y sus relaciones con los hombres, aunque más significativas y satisfactorias, seguían siendo problemáticas.

Durante el séptimo año de terapia, tras un descanso de dos semanas, llegó a la sesión con una "confesión". Dijo que en su vida había tres hombres: su terapeuta, su amante actual y un amante anterior que seguía deseándola. "He decidido que sois intercambiables. Cada vez que uno de vosotros está indisponible, simplemente recurro al otro".

En este punto, una imagen de la película "Babe" se hizo presente en la mente del terapeuta. En la escena de la película, al cerdito destetado se le ofrecían tres ubres mecánicas. "Por lo tanto, somos como tetas que se le ofrecen a una criatura separada de su madre", sugirió el terapeuta. Ella manifestó cómo le atemorizaba escuchar tal comentario: "Ahora sabes que todos mis halagos e insistencias manifestando que eres especial e indispensable eran sólo una argucia para mantener tu interés por mí".

Entonces, la cliente recordó una imagen de cuando contaba con 4 años de edad mientras yacía en un amplio dormitorio vacío del internado en el que creció (sus progenitores dirigían un colegio para niños de clase media durante los años cincuenta, y querían que sus propios hijos no recibieran ningún trato de favor en el mismo), tratando de dormirse y sintiéndose atemorizada y abandonada. El terapeuta comentó: "No me sorprende que durante este descanso hayas necesitado de una "teta" que me sustituya mientras estaba fuera, del mismo modo que hubieras necesitado recurrir a la imagen de alguien tranquilizador mientras estabas sola a la edad de 4 años".

En ese instante, la cliente estableció un vínculo positivo con su padre, casi por primera vez desde que estaba en terapia. Él había sido un extranjero que había sido encarcelado durante la guerra. Su madre estaba embarazada de ella cuando él fue llevado a prisión, y tenía 3 años de edad cuando él fue finalmente

liberado. "Se debió sentir abandonado mientras estuvo en el campo de internamiento. ¡No me extraña que estuviera resentido conmigo cuando salió, porque yo había disfrutado de mi madre para mí sola durante ese tiempo!".

A continuación, de forma relativamente inesperada, recordó que su tía le había dicho una vez que al comienzo del matrimonio su madre y su padre habían estado muy enamorados el uno del otro. Fue capaz de reconocer que sin ese amor, o por lo menos sin el deseo de sus progenitores, ella no existiría. Le habían concedido el don de la vida, aunque todo ese amor y deseo mutuo inicial se convirtiera posteriormente en odio, y aunque su vida hubiera sido terrible y dolorosa en algunos momentos. Paradójicamente, este reconocimiento de su indefensión le hizo sentirse más fuerte y más libre. Momentáneamente dejó de ver a su padre como a un enorme y terrible monstruo para verlo como a un hombre vulnerable que se parecía a ella. Él la habitaba, no para destrozarla o para eliminarla sino como una parte inevitable de su historia.

La teta malvada se convertía en un fantasma triste a quien ella debía liberar. A medida que logró contactar más profundamente con la agresión que subyacía a la idealización del terapeuta, fue más capaz de prescindir de la intensa dependencia y del apego ambivalente. La fluidez de un apego más seguro la capacitó para desarrollar un reflejo/espejo interno en el que podía ver a su padre por lo que éste era.

Coda

Este capítulo ha comenzado con una comparación relativamente grandiosa entre la transmisión intergeneracional y el proyecto genoma. El último, si es satisfactorio, generará enormes problemas éticos en un futuro. Si nuestro destino, en cierta medida, está inscrito en nuestros genes, ¿cuánto del mismo queremos "saber", como progenitores de nuestros hijos e hijas, o como individuos de nosotros mis-

mos? Ciertamente la posibilidad de "conocerlo" es muy importante, tanto a nivel práctico, porque puede servirnos para modificar nuestra conducta, como a nivel filosófico, porque saber más sobre el pasado y sobre el futuro genéticamente determinado nos podría capacitar para vivir de forma más fructífera.

Comprender la transmisión intergeneracional en psicoterapia puede ser una contribución importante a este debate. La famosa cita de Santayara "quienes no recuerdan el pasado están condenados a repetirlo" se ve defendida por los hallazgos de la investigación contemporánea con la EVA. Si se confirma que la función reflexiva protege realmente de las consecuencias patológicas de la adversidad durante la infancia, entonces podemos decir que "es realmente bueno saber" o, mejor, ser capaz de saber. Fonagy (1991) ha descrito conscientemente la función reflexiva como una *función* –que es un atributo psicológico– en lugar de agruparlo con una idea más convencional de insight. Lo que nos protege no son tanto los insight específicos sobre acontecimientos históricos particulares –aunque existan circunstancias en las que las personas traumatizadas necesiten olvidar– sino la capacidad de introspección, de verse a sí mismo desde otro punto de vista y de contextualizar los propios sentimientos.

La psicoterapia fortalece la función reflexiva de diferentes formas dependiendo del modelo empleado. La terapia cognitiva atribuye al paciente explícitamente la tarea de prestar atención a sus "pensamientos automáticos" y posteriormente de tratar de modificarlos. Las terapias sistémicas, especialmente en su actual estilo narrativo, tratan de ayudar a las familias a identificar los "guiones" a través de los que viven y, haciendo honor a su pasado, logran estar menos determinadas por él. En la terapia analítica, atendiendo a las reacciones de contratransferencia como guía de los "tirones" ejercidos por las necesidades de apego del paciente, el terapeuta trata de desarrollar una imagen compartida de la interacción inconsciente entre ellos. La historia de la terapia –un campo de reflexión compartida– se convierte en una reproducción de la historia del paciente, pero ahora una historia que el paciente puede representar en su espejo interior y del que puede empezar a diferenciarse.

La transmisión intergeneracional nos desafía a hacer algo a partir de lo que nos configura. Somos parte de una historia continua. Las historias existen en el tiempo y por mucho que anhelemos volver a la existencia prehistórica presimbólica, no podemos eludir el tiempo. El arte capta el tiempo y, al hacerlo, trata de convertirlo en atemporal: el cambio se fija. Como lectores u observadores nos introducimos en el mundo imaginario que ha creado el artista, liberados momentáneamente de los dictados del pasado. Pero lo que hallamos ahí es la belleza de la coherencia y de la unidad. A medida que nos abrimos a este proceso, se fortalece nuestra capacidad para reflexionar sobre nosotros mismos –nuestra función reflexiva.

De este modo, el arte y la psicoterapia habitan ambos en la paradoja de Santayana, que a mi parecer en una expresión de la tensión derivada de vivir en un mundo de modernidad, al que la teoría del apego puede añadir el ángulo científico. Desearía finalizar el capítulo con dos ejemplos de esta tensión –del tirón entre el imperativo histórico del tradicionalismo y la insistencia post-moderna sobre la primacía de un universo lingüístico en continuo cambio.

El Gran Gatsby (1928) de Scott Fitzgerald ha sido descrito como la gran novela americana. Su tema es el sueño americano –el sueño del niño pobre que puede convertirse en millonario, y todo por el amor de una mujer cuya posición social la hace inaccesible y quien se casa con uno de los "suyos" no por amor sino por los bienes de que éste dispone. Pero el sueño se hace añicos, y al final Gatsby y su rival Wilson, mueren ambos, asesinados uno por el otro. El éxito de Gatsby se basa en su evitación completa del pasado; rescribe la historia, miente.

La patología última de la modernidad consiste, como en Gatsby, en negar el pasado y su transmisión a lo largo de las generaciones; de la sociedad tradicional de permanecer en la argolla del pasado y de ser incapaz de celebrar la creatividad o la renovación.

Podríamos comparar esto con la obra de Isaac Bashevis Singer, que celebra la continuidad de una familia y vida cultural judía que se prolonga, en el tiempo, desde el siglo XVII hasta el holocausto y, en el espacio, desde el ghetto de Varsovia hasta el Bronx.

El trabajo de Isaac Bashevis Singer abunda en fantasmas, que a primera vista se inmiscuyen y dominan las vidas de los protagonistas, atrapándolos y enmarañándolos en el tradicionalismo, pero al final llegan a ser aceptados como parte de un misterio inexplicable de la vida. La tarea de la psicoterapia es, ofreciendo la experiencia de una base segura, ayudar a encontrar un curso intermedio: a través del reconocimiento, aunque no del enaltecimiento, de los fantasmas del pasado, ayudando a sus pacientes a vivir más plenamente el presente. Este vínculo con la literatura será retomado en el Capítulo 10 y nos conduciría al tercer tema principal del presente libro –la narrativa– que será objeto del siguiente capítulo.

8 Apego y narrativa en psicoterapia

La novela *El corazón de las tinieblas* (1912) de Joseph Conrad comienza y concluye en un barco atrancado en la rivera del Támesis, mientras Marlon, el narrador, chupa su vieja pipa, estableciendo un marco con el que el lector ha sido transportado en un apremiante y temible viaje al interior. El libro narra una historia dentro de otra, enmarcada por el río mismo, cuyo alcance, a diferencia de las historias, es indefinido –extendido en un continuo espacial que transcurre entre Londres, atravesando los océanos, y el corazón del Congo y en el temporal desde el día presente hasta la época de la invasión romana de Gran Bretaña.

Este contraste entre la estructura y la falta de límites de la historia y la fluidez y la ausencia de forma de la realidad, establece el contexto del presente capítulo. Constituye también un enfrentamiento entre el artificio y la naturaleza que se ha expresado psicoanalíticamente como el contraste, por extraño que sea, entre la inocencia de la narración de sueños y del mosaico de asociaciones fragmentadas y los "residuos del día" que evocan tales sueños. Bollas (1995) considera esto como un paradigma general de la actividad del inconsciente, la cual, a su entender, se dedica a convertir la vida vivida en historias que parezcan coherentes, y después a desmantelar o dispersas tales historias a la luz de experiencia adicional. A lo largo del presente capítulo

se profundizará en este tema, que es al mismo tiempo una presentación y una crítica del "giro narrativo" (Howard, 1991) en psicoterapia. En primer lugar se contemplarán algunos aspectos generales de la narrativa y, a continuación, su aplicación a la práctica de la psicoterapia. La finalidad que se persigue, en coherencia con el resto del libro, es entrelazar en una historia común el psicoanálisis contemporáneo, la investigación sobre el apego y la teoría de la narrativa.

El principal argumento es que la narrativa constituye la mitad de una dualidad existente en el núcleo de la psicoterapia. Esta dicotomía puede expresarse de diferentes maneras: la narración y su deconstrucción; prosa y poesía; procesos secundarios y primarios; historia e imagen; "cuando… entonces" y "momento actual"; allí-y-entonces y aquí-y-ahora. A mi parecer, cuando el equilibrio de esta dualidad se interrumpe, las cosas fallan –demasiada prosa y poca poesía, o viceversa. La psicopatología, que normalmente considero desde la distinción que establece la teoría del apego entre los diferentes tipos de apego inseguro, puede considerarse en términos del exceso de uno de los elementos frente al otro. Comencemos con la presentación de dos casos clínicos opuestos.

Las constricciones de la "historia"

Tom, un joven desempleado que vive con sus progenitores y con su hermana de 15 años de edad, fue derivado por el médico de cabecera para que fuera tratado por su "juego compulsivo", el cual estaba generando una enorme preocupación en el contexto familiar. Cuando Tom fue entrevistado a solas, la historia que brotó fue la que se presenta a continuación. Durante el día, mientras sus progenitores trabajaban y su hermana acudía al instituto, él cogía algunas cosas de casa, como el aparato de vídeo o las herramientas de su padre, las vendía a sus amigos y, a continuación, procedía a gastar el dinero en las máquinas tragaperras. La situación había llegado al límite en el momento en que sufrió un accidente con el coche familiar, que había cogido sin permiso y que condujo sin seguro, de camino a uno de los centros de juego.

Tom, un joven de 20 años, vergonzoso y bien parecido, describía cuán difíciles habían sido las cosas para él tras abandonar los estudios, él había sido incapaz de establecerse en un trabajo y su padre había experimentado un período de desempleo, lo que les había llevado a perder la casa y a tener que trasladarse a otra vivienda más pequeña. Había echado mucho de menos a su padre cuando éste, dada la escasez de vacantes laborales en la zona, había tenido que marcharse fuera a trabajar. Cuando se le preguntó por sus "fantasías al ganar" en el juego, señalaba que soñaba con restablecer tanto la fortuna familiar como su propia reputación dentro de la familia.

Cuando se entrevistó a Tom juntamente con sus progenitores, surgió una panorámica bastante diferente. El padre de Tom, un hombre visiblemente bueno y completamente agotado, estaba criticando constantemente a su hijo; la madre de Tom estaba deprimida, sentada en silencio con las lágrimas corriendo por su rostro. Manifestaban estar convencidos de que Tom tomaba drogas: solía estar pálido y cansado todo el tiempo, irritable y monosilábico, tal y como se describían los síntomas en un panfleto que les había dado un conocido. Entonces se les pidió que confrontaran a Tom con esta posibilidad en la sesión misma. Tom negó consumir drogas (como lo había hecho en la sesión individual, aunque aceptara fumar cannabis en alguna ocasión), pero los progenitores no parecían quedarse satisfechos. El terapeuta sugirió que el cansancio y la irritabilidad podrían reflejar depresión más que dependencia de drogas. Como el padre de Tom siguió expresando su exasperación –diciendo que en multitud de ocasiones habían estado a punto de echar de casa a Tom, pero que nunca habían tenido el coraje para hacerlo– el joven comenzó a estar visiblemente molesto. El terapeuta le recordó lo que había dicho sobre sus sentimientos cuando su padre estaba lejos por motivos laborales. "Te eché de menos papá…", dijo cautelosamente. El padre se quedó boquiabierto y con los ojos llorosos. Con un poco de ayuda comenzó a decir, "No eres un mal chico, hijo, sólo que

haces cosas malas". Tom siguió diciendo que se sentía un extraño en la familia, mientras sus progenitores y su hermana constituían un trío acogedor. Una vez más el padre y la madre parecían molestos, y la madre comenzó a decir que se sentía atrapada entre su marido y su hijo, y que incluso contra su propia voluntad, solía ceder a las demandas de dinero de Tom.

La sesión concluyó con la determinación de los progenitores de ser más firmes con Tom, si fuera necesario guardando bajo llave los objetos de valor durante el día, y con un abrazo de reconciliación genuino entre padre e hijo.

Al comienzo de la sesión, esta familia parecía atrapada en una "historia" muy restrictiva de su situación. Ver a Tom como a un "jugador compulsivo" o un "drogadicto" daba sentido a su angustia, aunque sólo fuera para que al medicalizarla o darle forma obtuvieran alguna ayuda. La finalidad de la psicoterapia consistió en introducir algún tipo de perturbación en esta narrativa relativamente rígida, para lograr dispersarla suficientemente de modo que fuera posible la aparición de una nueva historia, una historia más compleja, una historia que permita una mayor variedad de expresión emocional. La nueva historia fue la de un joven perdido que trata de rescatar la fortuna familiar, de progenitores divididos entre la indulgencia y la violencia, de la inminente amenaza de desempleo. El momento crucial de la sesión se produjo cuando Tom manifestó que había echado de menos a su padre y éste respondió con lágrimas en los ojos. En ese instante, parecía volver a escuchar a su hijo y a verlo como a una persona y no como a una "historia" cliché. Momentáneamente ambos prescindieron de su versión esteriotipada de los hechos para aceptar un marco de sentimiento compartido.

En este ejemplo, se produce un movimiento desde una "narrativa de la enfermedad" segura pero muy restringida, a través de la posibilidad arriesgada pero creativa de la incertidumbre y de la inmediatez no historiada, hasta la posibilidad de una narrativa nueva y menos constreñida. Por lo tanto, aquí había un exceso de "historia". En el segundo ejemplo, por el contrario, observaremos un trastorno y peli-

gro emocional no historiado en busca de una narrativa terapéutica que, con la experiencia, puede ofrecer buenos resultados.

En busca de una historia que encaje

James, un profesor con éxito pero azotado por una depresión, llegó a su quinta sesión con 7 minutos de retraso. A pesar de una alianza terapéutica aparentemente positiva, la terapia no marchaba muy bien –tanto el terapeuta como el paciente se esforzaban por hallar el foco real sobre el que trabajar. James tendía a contar historias sobre su situación y su vida, pero no surgía ningún patrón específico, ciertamente nada que le fuera útil. En esta sesión, tanto James como el terapeuta sabían que James estaba enfadado con él –James había pedido al terapeuta que impartiera un seminario al profesorado del centro en el que trabajaba, pero el terapeuta se había negado sobre la base de que podría interferir con el proceso terapéutico.

James comenzó la sesión justificando su retraso por haberse quedado para ayudar a un amigo a sacar su coche de una cuneta. El terapeuta pensó en las posibles diferentes historias en las que el incidente podría encajar. Le ofreció un comentario de transferencia relativamente convencional: "Quizá estés esperando a que yo te saque de la cuneta de tu depresión –me lo demuestras de ese modo". No, esto no parecía encajar. James habló de su necesidad de cuidar siempre de los demás –familia, colegas, alumnado y ahora del amigo cuyo coche se había quedado estancado en una cuneta. Esto se relacionaba con la historia de la infancia de James: un sentimiento de no haber gustado nunca a su madre y de que ésta siempre estuviera alabando a su hermana y a su otro hermano. Esto produjo el sentimiento de rechazo en James con respecto a la negativa del terapeuta a participar en el seminario. Juntamente el terapeuta y James crearon una nueva historia: con el retraso estaba diciendo "estoy enfadado contigo. No te preocupas de mí. Te interesa más cualquier otra persona. Bien, te demostraré cómo se debe ayudar a las personas. Yo les ayudo

> a sacar sus coches de la cuneta aunque a mi me dejes en la mía". Inmediatamente James comenzó a decir cuán útil había sido algo que el terapeuta le había dicho en la última sesión. El terapeuta comentó: "¿Eres consciente del modo en que tu propia agresión parece amenazarte? Tan pronto como me criticas sientes la necesidad de decirme cuán maravilloso soy, quizá por miedo a mi venganza o a que te abandone". James se rió –una respuesta que confirmaba que la nueva historia había dado en el clavo.

En este caso la respuesta afectiva confirma que se ha hallado una historia que encaje. El ejemplo anterior parecía ilustrar lo contrario: las lágrimas mostraban la liberación de las constricciones de la vieja historia. El trabajo de la psicoterapia consiste en hallar "historias" que se correspondan con la experiencia. Esto puede conllevar la alteración de historias prefijadas en un apego evitativo, o la búsqueda de una narrativa que mejore las confusiones de los sentimientos cotidianos en el apego ambivalente. La responsividad afectiva parece ser uno de los modos de calibrar el grado de éxito de este proceso. ¿Pero cómo determinamos si una narrativa es o no es veraz? ¿Es posible que una historia sea emocionalmente real pero incorrecta en lo que a los hechos corresponde?

¿Es posible una ciencia de la narrativa?

Jerome Bruner (1986:16) defiende la existencia de dos formas de aproximación a la verdad:

> Una buena historia y un argumento bien elaborado son dos elementos de diferente naturaleza. Ambos pueden usarse como medio para convencer al otro. Sin embargo es diferente el objeto de su convicción: los argumentos convencen de su veracidad, las historias de su vitalidad. El uno se verifica mediante la apelación eventual a los procedimientos para establecer su verdad formal y empírica. El otro establece su verdad mediante la verosimilitud.

Como promotor de la narrativa, es arriesgado el uso que Bruner hace de la palabra "verosimilitud", dada la definición de este término como "en disposición de la *apariencia* de ser real o auténtico". Los críticos de la psicoterapia podrían insistir en que ésta es una concesión de que las historias elaboradas en la psicoterapia pueden defenderse como auténticas con el mismo grado de autenticidad que los mitos o los cuentos de hadas. ¿Cómo podríamos responder a esta acusación?

Creo que Bruner contestaría que en los mitos y en los cuentos de hadas hay verdad –una verdad más emocional que factual, que no puede ser juzgada a través de estándares científicos sino a través de pruebas sobre si la historia parece (suena) veraz, es sentida como auténtica, es satisfactoria, coherente o influye emocionalmente sobre el receptor. Irónicamente, una obra de teatro dispone de verosimilitud si fuerza a la audiencia a permanecer en un estado de "suspensión por incredulidad" durante la duración de la interpretación. Del mismo modo, los casos psicoterapéuticos podrían ser "buenas historias" brunerianas que disponen, por sí mismas, de un valor paradigmático, incluso aunque juzgadas desde los estándares de un "argumento bien constituido" no demuestren nada.

Los criterios de una "buena historia" son ciertamente aplicables a la psicoterapia. Un psicoterapeuta recurre constantemente a su intuición para evaluar la narración del paciente, preguntándose si tiene sentido, si es coherente, cuestionando aspectos que no encajen, comprobando las frases clichés y las narraciones excesivamente usadas por lo que pudiera subyacer a las mismas. Las preguntas se dirigen a obtener una historia más elaborada, más global, espontánea, individualizada y flexible que incluya un mayor abanico de la experiencia.

La actividad evaluadora, equivalente a la estética, es parte del "arte" de la psicoterapia. ¿Pero, es posible una ciencia de la narración, incluida aquella que recoja los aspectos narrativos de la psicoterapia? Una respuesta alternativa consiste en aceptar que el cuestionamiento es infructuoso y que no es posible una ciencia de la psicoterapia. La escuela hermenéutica de psicoanálisis, cuyos principales exponentes son Spence (1982) y Schafer (1992), defiende que a la psicoterapia no le interesa la verdad objetiva o "histórica" –que es, a su

entender, inherentemente imposible de saber– sino la "verdad narrativa", algo equivalente a la verosimilitud de Bruner.

El principal inconveniente de esta postura es la implicación de que una narración psicoterapéutica tiene la misma probabilidad de ser verdad que cualquier otro relato de la angustia del paciente, tanto si es religioso, "orgánico", en el sentido psiquiátrico, o alucinatorio. Mi objeción a esta postura no se basa en el miedo a perder la respetabilidad que nos confiere la ciencia. Tampoco quisiera negar que la psicoterapia es, entre otras cosas, un discurso más moral que exclusivamente científico, en el que las cuestiones relativas a lo que significa llevar una buena vida o florecer como ser humano son centrales (Holmes & Lindley, 1998). Mi preocupación sobre el giro hermenéutico en psicoterapia se refiere a la amenaza de distanciar la psicoterapia de los aspectos de la ciencia –especialmente de la biología evolutiva y de la psicología del desarrollo –donde el diálogo es al mismo tiempo necesario y posible.

La contribución de la investigación sobre el apego

Aunque el objetivo inmediato de la psicoterapia sea la eliminación de síntomas, tras esto existe una serie de finalidades más generales y ambiciosas –ayudar a un individuo a florecer, fomentar el bienestar, etc. Esto puede ser considerado en términos del desarrollo de una serie de sí mimos fortalecidos y más versátiles; por ejemplo, un self más seguro, un self más creativo, un self con una mayor capacidad de afrontamiento, un self más resiliente, un self más autónomo, un self con mayor capacidad de intimidad. Por contraste con el *cógito* cartesiano, la teoría narrativa no considera el "Yo" como una entidad fija y preexistente sino como un self autobiográfico, formado a partir de la interacción entre la agencia y la contingencia, con necesidad de ser "relatado" a otro –o historiado– antes de poder llegar a ser uno mismo (Brockmeier, 1997). El relato del self implica una estructura dialógica integrada. Siempre hay otro a quien el Self está contando su historia, incluso aunque en los adultos adopte la forma de un diálogo interno.

Hemos visto que los diferentes tipos de diálogos se vinculan con diferentes patrones de apego. Esto sugiere que podría haber criterios objetivos –coherencia, relevancia, etc.– mediante los cuales evaluar la "verosimilitud" de una narrativa clínica. Apunta también hacia los poderosos vínculos entre la "verdad narrativa" de la situación clínica y la "verdad histórica" de la biografía real del paciente.

Los pacientes solicitan ayuda en un estado de incertidumbre y confusión. Algo "falla", pero no saben qué es o no saben qué hacer al respecto. Quizá sea necesario dar marcha atrás: se necesita una historia que explique cómo han llegado hasta donde han llegado y que indique el camino a seguir. La psicoterapia, como el arte, "es el espejo de la naturaleza". El paciente aprende a convertir en palabras sus sentimientos; éstas, a continuación, son "reflejadas" por el terapeuta; el paciente comprueba este reflejo en lo que respecta a su congruencia/contingencia/verosimilitud –comprueba si lo percibe como "correcto"; por último, se constituye una representación o historia. Lo que resta del presente capítulo se destinará a examinar la fórmula: *experiencia cruda + sentido = narración*. El paciente aprende a construir una "función de relato de historias", que toma la experiencia de "abajo" y, a la luz de los sentidos globales de "encima" (que pueden verse como unos mismos almacenados o historias condensadas) ofrecidos por el terapeuta, crea una nueva narrativa sobre sí mismo y su mundo.

Una historia esta vinculada a lo que vengo denominando "experiencia cruda" a través de un mundo de sentidos. Es probable que la capacidad de establecer este vínculo sea una función evolutiva, mediada por la experiencia temprana del apego. La madre sintonizada responde al estado afectivo de su criatura mediante la identificación, sobre la base de su propio "currículo" de sentimientos (función reflexiva de Fonagy). A la criatura se le ofrece una "historia" (¡Oh, tienes frío! ¡Mi pequeña, estás aburrida, cansada, hambrienta…! etc.), que a su vez constituye el germen de la función reflexiva de la criatura. Si el cuidador es evitativo, la gama y complejidad de las historias estará limitada; si es intruso, no logrará coincidir con la experiencia de la criatura. El cuidador no se limita a calmar al

bebé, *simboliza* también el proceso a través de la cual se restablece la calma. Posteriormente en la vida, el niño a quien le haya faltado esto puede carecer tanto de la capacidad para auto-calmarse (tan característico en los pacientes límites) como la habilidad para hablar, referirse o simbolizar su angustia.

Narrativa en la práctica clínica

¿De qué modo funciona el psicoterapeuta en su tarea como "asistente autobiográfico"? A continuación se considerarán las formas en que los principios narrativos elaborados hasta el momento afectan al proceso psicoterapéutico.

Narrativa como técnica terapéutica

La primera tarea de un terapeuta consiste en asistir al paciente a relatar su historia. El punto de comienzo será alguna forma de angustia: deseos que han sido frustrados o esperanzas defraudadas. La investigación sobre el apego previamente mencionada sugiere que el apego seguro viene señalizado por historias coherentes y convincentes que se entrelazan unas con otras, donde los detalles y el tema general son congruentes y donde el narrador no se aleja tanto como para que el afecto esté ausente, no está disociado del contenido de su historia ni está tan agobiado como para que sus sentimientos fluyan sin ninguna forma en cualquier grieta del diálogo. El apego inseguro, por contraste, se caracteriza o por historias excesivamente elaboradas y enmarañadas, "no señalizadas", o por explicaciones poco serias y pobremente argumentadas que fracasan en la prueba de contingencia. En una es difícil discernir una historia coherente; en la otra la historia es tan esquemática o vaga que carece de los detalles de los que depende la verosimilitud.

Comenzando con la entrevista de diagnóstico, el terapeuta recurrirá a su competencia narrativa para ayudar al paciente a modelar la historia en un patrón más coherente. Con un paciente enmarañado, el terapeuta introducirá frecuentes comentarios o puntuaciones

que "den forma", algo como "En unos minutos volveremos a lo que te ocurrió durante la infancia; primero sigamos escuchando qué es lo que te ocurre ahora mismo". La construcción "volveremos…", "sigamos…" incluye al terapeuta y al paciente como autores conjuntos de la nueva historia. Éste es el comienzo de la objetivización, pero también un modelo para la observación interna del ego (o self autoreflexivo) que puede prestar atención y modular los sentimientos. El modelado de la historia es la versión narrativa de la modulación y responsividad del cuidador que transmite seguridad.

Con un paciente desdeñoso, el terapeuta elicitará la narración de un modo diferente, buscando siempre las imágenes detalladas, los recuerdos y los ejemplos que den vida a las historias superficiales. "¿Cómo era tu madre?"; "¿Podrías recordar algún incidente que ilustre eso?"; "¿Cuándo comenzaste a sentirte desgraciado?"; "Cuando dices que estás deprimido, ¿cómo sientes esa percepción?"; "¿En qué zona de tu cuerpo experimentas esa infelicidad?"

En ambos casos, el terapeuta ofrece comentarios intermitentes que sintetizan o "señalizan" y que persiguen subrayar "la historia hasta ese momento", y confrontar al paciente con una construcción narrativa sobre cuya base pueda medir el material crudo de su experiencia. Algunos de estos comentarios pueden ser meramente descriptivos: "Mientras hablabas de la relación con tu marido, parecías apática y derrotada, sin embargo, parecías mucho más animada cuando has empezado a hablarme de tus hijos". Otros serán más generales y globales: "Pareces muy segura sobre tus relaciones con otras mujeres, incluidas tu madre y amigas, pero sientes mucha más incertidumbre cuando comienzas a hablar sobre los hombres". Estos tipos de intervención podrían clasificarse como "pre-interpretaciones", sólo por el hecho de verbalizar una experiencia compartida son interpretativas en el sentido de que trasladan la experiencia que está en un medio ("experiencia cruda", afecto) a otro (palabras, convenciones narrativas).

A medida que progresa la terapia, el proceso de modelado es menos obvio y probablemente más evidente en los ritmos de actividad y silencio del terapeuta, en el equilibrio entre las intervenciones verbales y los "ummms", gruñidos, inhalaciones, etc. Al igual que un

progenitor sintonizado, el terapeuta efectivo percibe intuitivamente cuándo el paciente necesita estímulo y dirección para mantener el hilo de la narración y cuándo necesita que se le deje en paz para examinar sus sentimientos sin intrusión ni control. Algunas veces, especialmente cuando la terapia parece estancada, el terapeuta puede limitarse a describir o narrar la historia de lo ocurrido, bien en una secuencia particular o en una secuencia de sesiones: "Hoy has comenzado de un modo triste y como con dificultad para centrarte, después has empezado a hablar sobre lo difícil que te resultan las Navidades, a continuación has mencionado a la tía de tu amigo que murió repentinamente…". Esta historia puede evocar una idea o un momento de insight, como "¡Ah…! era Navidad cuando murió mi abuela, siempre me siento un poco bajo en esta época del año… quizá se deba a eso". Esto marcará el fin de esta secuencia narrativa; la narración se dispersa (o "se estrella"; Bollas, 1995), se vincula con experiencia nueva, hasta que emerja una nueva secuencia narrativa.

En psicoterapia psicoanalítica, la transferencia se convierte en una "meta-historia" que modela la interacción terapéutica completa. Cada sesión consiste en una serie de episodios narrativos: lo que ocurrió de camino a la sesión, una discusión en el trabajo, algo que haya ocurrido con la pareja, un recuerdo de la infancia, etc. Luborsky (1984) ha demostrado que la mayoría de las sesiones terapéuticas contienen tres episodios de éstos. Digamos que el paciente comienza la sesión previa a un descanso vacacional hablando sobre un incidente laboral en el que su jefe le ha pedido que realice una tarea, pero sin mostrarle con claridad cómo la desea. El terapeuta podría comentar, "Aquí parece haber una historia sobre una situación en la que te quedas abandonado al libre albedrío sin el apoyo apropiado". Esto puede animar al paciente a hablar sobre las situaciones en las que sus progenitores, sin ninguna explicación, le dejaban a cargo de su hermano pequeño, y sobre cuán asustado y enfadado se sentía al respecto. Esto, a su vez, puede conducir al reconocimiento repentino de cuán molesto se siente ante la llegada del descanso vacacional. Está surgiendo una historia central sobre el abandono y la respuesta que éste evoca.

Implícito al argumento que he defendido hasta el momento está la idea de que la salud psicológica (estrechamente vinculada al apego seguro) depende de una dialéctica entre la creación de la historia y la ruptura de la historia, entre la capacidad para formar una narración y para dispersarla a la luz de nuevas experiencias. Del mismo modo que el niño con apego seguro de Main (1995) muestra su "fluidez de mirada atenta", en la vida adulta la capacidad narrativa se mueve igualmente entre la fluidez y la forma, entre la estructura y la "des-estructura", construcción y de-construcción. Esta capacidad depende, al fin, de ser capaz de confiar tanto en la intimidad no posesiva como en la agresión sana, que constituye la base de gran parte del trabajo psicoterapéutico. La intimidad proporciona la proximidad necesaria para entretejer el sentido y la experiencia en una misma narración; la confianza en la propia agresión capacita para que estas historias sean deshechas y permitan la creación de nuevos patrones. La perspectiva del apego que he adoptado sugiere tres patologías prototípicas de la capacidad narrativa: aferrarse a historias rígidas, sentirse sobrecargado por la experiencia no historiada o ser incapaz de hallar una narración suficientemente fuerte como para contener el dolor traumático.

Memorias nodales: de-construcción de las narraciones desdeñosas

Del mismo modo que el lenguaje es infinito pero se basa en una cifra finita de reglas gramaticales fijas, a pesar de la potencial capacidad ilimitada de la memoria, la mayoría de las personas disponemos de un pequeño número de recuerdos prototípicos que epitoman nuestra relación fundamental con los demás y con el mundo. Éstos, a menudo, se refieren a momentos de transición importantes en la historial vital –el nacimiento de un hermano, el primer día de escuela, etc. Podríamos llamarlos "memorias nodales" en el sentido de que representan una concentración de presunciones, fantasías o modelos de trabajo sobre el self en relación a los demás. Pueden ser reales o imaginados. El individuo suele "leer" un sentido particular en ellos, que es el que actúa como principio organizador, alrededor del cual organiza la experiencia de su día presente.

Una paciente supo que tras su nacimiento había sido abandonada durante 5 horas en la cuna. En su mente, esto representaba (y explicaba) todos sus subsiguientes sentimientos de distanciamiento e ira cada vez que había sido abandonada por los amantes, amigos, etc. Otro soñaba con la torre de Correos de Londres, "Un símbolo fálico, por excelencia", solía decir elocuentemente. Un tercero focalizaba todos sus sentimientos de intrusión por parte de su madre y de la falta de reconocimiento por su padre, en la circuncisión que le habían practicado durante la infancia.

En el proceso de la psicoterapia, estos recuerdos nodales se revocaron. En primer lugar, han de ser desempaquetados –"estrellados" en términos de Bollas (1995)– y posteriormente reunificados, adoptando una nueva perspectiva. La mujer de la cuna llegó a ver que su madre simplemente seguía los consejos de atención a los bebés que estaban de moda en aquel entonces, y que sus furiosos intentos por ser auto-suficiente –ser ella misma la madre– le habían alejado de las buenas cosas que realmente le había ofrecido su madre. En el segundo caso, lo que realmente parecía coincidir no era el cliché psicoanalítico del símbolo fálico, sino la torre como imagen de comunicación, un modo de vincularse con los demás, algo que tanto anhelaba este hombre.

El hombre resentido por su circuncisión, en la actualidad un piloto con mucho éxito, logró entender que su destreza fálica y el miedo a que le cortaran las alas se derivaban de su anhelo por un padre a quien tuviera acceso (el suyo había abandonado a la familia cuando el paciente contaba con 15 años de edad) y a quien pudiera ver como a un igual. En cada caso, el paciente logra ver que la misma historia cuenta con diferentes versiones. La terapia ofrece al paciente la oportunidad de comenzar a verse desde fuera; de perdonar a sus progenitores y también de culpabilizarlos; de ver y reconocer su contribución a las circunstancias, y dejar de verse como a una víctima indefensa y de reconocer que existen ocasiones en las que el azar nos reparte cartas sobre las que no disponemos de ningún control.

Modificar el contexto narrativo de la memoria

Dave estaba en la cincuentena cuando sufrió una depresión prolongada que se había desencadenado a raíz de que prescindieran de él en la empresa en la que había trabajado durante toda su vida desde el puesto de ventas hasta el de director de la misma. Su padre había muerto en la guerra cuando él contaba con 2 años de edad, y su madre, viuda, hubo de esforzarse mucho para poder sacar adelante a la familia. Él siempre había tratado de ser un "buen" chico, ayudar a su madre, había trabajado duro y era un servidor infatigable para sus superiores y una figura paterna para los trabajadores que dependían de él. En su depresión, oscilaba entre atacarse a sí mismo por no haber impedido que se liquidara el negocio y atacar violentamente a sus superiores por sus errores financieros. En uno de estos momentos recordó con mucho detalle y culpabilidad un incidente de su infancia en el que había estado en el cine con otros niños. Uno de ellos había mostrado con orgullo una moneda, que afirmó le había dado su padre, quien según el niño era "muy rico" –y entonces accidentalmente se le cayó. Dave, inmediatamente se ofreció a acompañarle a buscarla, lo que hizo, pero después se marchó del cine a casa con la moneda en su bolsillo. Cincuenta años más tarde, este hombre escrupulosamente honesto seguía culpándose por este robo. Cuando el terapeuta le sugirió, con afecto, que quizá había sentido que él, como niño que no disponía de un padre, estaba autorizado a quedarse con el dinero que el hijo de un padre fanfarrón le había dado a él, se produjo un cambio inmediato en la sesión a medida que los ojos de Dave se cubrían de lágrimas. Se había creado un nuevo *contexto* para su historia obsesiva, cargada de culpabilidad, para convertirse en una nueva historia que recogiera tanto su dolor como su delito.

"Aptitud negativa" y narraciones ambivalentes

Este capítulo ha comenzado contrastando la seguridad de la prosa narrativa con el impulso poético al contactar con la "cosa misma", sugiriendo que la salud psicológica puede depender del equilibrio entre estas tendencias psicóticas opuestas. La estructura prosaica de la narrativa contiene, tranquiliza y calma, pero también puede constreñir, controlar y distorsionar. La poesía lírica puede ser una liberación de la historia, permitiéndonos ver el mundo a través de unos ojos nuevos, pero su capacidad para fragmentar el sentido nos conduce peligrosamente hasta los límites de la comprensión. En el apartado anterior, veíamos que a partir de las memorias nodales, la psicoterapia nos ayuda a fragmentar y, por lo tanto, a ampliar la gama de experiencia admisible. Del mismo modo, a menudo necesitamos hallar formas que capten la confusión y la vaguedad de los sentimientos agobiantes.

En este caso es vital, la "aptitud negativa" de Keats –la "habilidad para permanecer en la duda, incertidumbre y misterio". El terapeuta ha de ser capaz tanto de tolerar la confusión como de confiar en la aparición de un patrón que tenga sentido.

En busca de un hilo narrativo

> Las sesiones de Naomi eran confusas y desordenadas, avanzaban a gran velocidad de un tema a otro o del pasado al presente y de vuelta al pasado. Tenía los ojos lagrimosos durante la mayor parte de la sesión, y parecía "derrumbada" en su asiento, mirando imploradoramente a su terapeuta, sin llegar a afirmar con claridad qué es lo que fallaba o qué es lo que deseaba. No "sabía por qué había venido… había pasado una mala semana… tenía multitud de preocupaciones sobre su hijo de 15 años de edad que no parecía avanzar en el instituto… todo comenzó cuando descubrió que una amiga también había sido violada por el mismo hombre que la había violado a ella a la edad de 17 años… en aquel momento su madre se moría, por lo tanto no podía contárselo a ella ni a su padre, ya tenían

suficiente con sus propias preocupaciones… con dos niños pequeños y un marido nuevo es difícil buscar el momento para hablar… Conoció a su primer marido poco después del fallecimiento de su madre… marcharse de casa fue un alivio, la atmósfera era tan triste… fue extraño cuando su padre volvió a casarse tras la muerte de su madre, no se acostumbraba a verlo paseando de la mano de otra mujer…"

La combinación gradual de las piezas de la historia relativa a la violación y a la enfermedad de la madre pareció ser útil. Se había marchado de casa a los 16 años tras muchas discusiones con su madre y había trabajado de niñera. Cuando su madre enfermó, se esperaba de ella que volviera y se ocupara de las tareas del hogar. La violación se produjo de vuelta de una fiesta con un hombre al que apenas conocía. Describió la violación con detalles gráficos. Llegó a casa. Su padre le preguntó "¿Todo bien?", como hacía siempre. No se atrevió a contarle nada, bastante preocupado estaba por la madre. Todo esto había sucedido 20 años atrás, pero parecía como si fuera ayer, ella no era mucho mayor que lo que su hijo es ahora mismo. Con él, como con su padre, no era fácil hablar. Ahora las cosas comenzaban a encajar. El terapeuta comentó: "No hablabas con tu madre, sólo reñías, y después se murió; no podías cargar más a tu padre; ahora te preocupas de tu hijo, pero no puedes hablar con él; al solicitar ayuda buscas a alguien que escuche la historia que has mantenido en silencio todos estos años". "Se lo conté a mi médico, pero me dijo que lo olvidara, no era muy bueno, y de hecho se suicidó al final". Ahora, por fin surgía un patrón –de sentimientos dolorosos de pérdida y preocupación, de deseo de ayuda pero sin confiar plenamente en ella, de aferrarse a las palabras– todas las historias desordenadas implican, como mínimo, que alguien está ahí, incluso aunque no pueda escuchar lo que se le dice. El terapeuta musitó, "Quizá te preguntas si seré capaz de acogerlo, o si me enfadaré y te decepcionaré como los demás, si estoy realmente preparado para atender a toda tu angustia".

En este punto se produjo un movimiento, desde los sentimientos, imágenes y temas fragmentados y a menudo poéticos, a través de un período de confusión, hasta la resolución en la que surge una historia o patrón interpretativo más sólido. La sesión comienza con la distribución de todas las piezas del puzzle; se forma el marco o contenedor; entonces comienzan a perfilarse las imágenes –una nube aquí, un rostro allá; por último, existe un rápido período en el que encajan todas las piezas y, finalmente, se obtiene la imagen completa.

Historias en busca de una voz: trabajo con trauma

La teoría y marco de trabajo del apego que se ha mantenido a lo largo del presente libro sugiere cuatro patrones de estilos narrativos en la práctica psicoterapéutica: narraciones seguras/coherentes; evitativas/desdeñosas; ambivalentes/preocupadas/enmarañadas y, por último, las organizadas por el trauma, a menudo reveladas mediante narraciones desorganizadas/incoherentes con fracturas que, a primera vista, pueden aparecer con una suave cubierta narrativa.

En el caso anterior, Naomi había estado traumatizada por la violación, pero era capaz de hablar en cierta medida sobre la misma, y con un poco de ayuda fue capaz de ofrecer un relato detallado y convincente de lo ocurrido. Para otras personas las memorias de los acontecimientos traumáticos se asocian con emociones tan desagradables que se evitan de un modo fóbico. En el extremo se halla la amnesia traumática o represión. En el próximo capítulo veremos que existen pruebas de que en estas situaciones la memoria del trauma se organiza de un modo diferente a la memoria "normal". La persona recordará imágenes o sensaciones físicas pero no recordará una secuencia coherente de acontecimientos. Como ya se ha mencionado, si durante la prueba de toma de imágenes neuronales se le pide que recuerde el trauma, se produce actividad en las regiones parietales del hemisferio no dominante (Van de Kolk & Fishler, 1996), mientras que las memorias normales evocan actividad en el hemisferio dominante. Esto sugiere que las memorias traumáticas no han sido procesadas en forma verbal, narrativa, y permanecen en un estado del proceso primario "crudo".

El trauma atraviesa (o "perfora" –origen etimológico de la palabra) el diálogo self-otro sobre el que se soporta el pensamiento y el lenguaje. El self –el self narrativo– es destruido, y todo lo que queda son imágenes y sensaciones disociadas. Cuando el cuidador es el responsable del trauma, entonces aumenta la probabilidad, porque, como se ha sugerido anteriormente, el perpetrador es el mismo individuo cuya responsabilidad consiste en ayudarle en el proceso de simbolización y obtención de calma.

Los sentimientos de vergüenza, típicos de los supervivientes del trauma, constituyen una versión elaborada de lo siguiente: uno es una persona proscrita, no merecedora de apego y rechazada. La confianza básica ha desaparecido. La terapia puede ayudar, pero a menudo con muchas dificultades. El paciente ha de sentirse suficientemente sostenido como para arriesgarse al dolor emocional extremo que suele asociarse al recuerdo del trauma. Es necesario recurrir a algún medio de simbolización o reflejo de la experiencia cruda: la poesía, el dibujo o la fantasía guiada son avances en dirección a la elaboración de una narración coherente del trauma. El terapeuta se convierte en testigo, pero ¿cómo puede captar lo impensable? Representa la parte del self de la víctima que ella misma no soportaba mirar. Revelándose la historia a sí misma, la víctima teme volver a enmarañarse en su historia y ser incapaz de escapar. Las defensas narrativas previas, como el entumecimiento psíquico, la disociación de los sentimientos relativos a la historia, el olvido selectivo o, incluso, la fragmentación de la personalidad, serán desafiadas a medida que brote un relato más coherente y, con frecuencia, insoportablemente doloroso, pero que parezca corresponder mejor a la experiencia.

Así pues, la víctima del trauma suele ser evitativa al comienzo y, posteriormente, se ve potencialmente atrapada por su historia. La conversión del trauma en una narrativa en la terapia requiere un proceso secuencial, que comienza con la superación de la evitación mediante la imaginería y que posteriormente progresa a una posición más objetiva y distanciada desde donde la víctima puede identificarse con el interés benigno del terapeuta. En el siguiente ejemplo se muestra que la representación simbólica de los aspectos menores en

la transferencia puede ser de ayuda en tal proceso, porque se convierte en algo compartido y, por lo tanto, en potencialmente narrable.

El rol del terapeuta

El trabajo con pacientes traumatizados no sólo pone a prueba las destrezas del terapeuta sino también su fortaleza personal. Su madurez emocional se verá expuesta, especialmente su capacidad para hacer uso de sus propios sentimientos al servicio de la terapia, sin permitirles que dirijan, dominen o se inmiscuyan en el paciente. Wadell traza la evolución de la sensibilidad de George Eliot desde sus primeras novelas, que, según Wadell, "adolecen de una imposición intrusa del self, una persistencia de los elementos personales que bloquean su vitalidad creativa" hasta sus novelas maduras, las cuales,

> parecen generar una fuerza y un refinamiento de la escritura completamente diferente a ésa que busca expresar aspectos del carácter que superficialmente son más próximos a los de su propia experiencia en el sentido de anhelos y aspiraciones personales. El peligro *entonces…* está en la imposición de sentir desde fuera, generando sensiblería y pseudo-emoción. El espacio emocional necesario para, y producido por, esta distinción invita más a la identificación por parte del lector con… las cualidades y características internas del objeto que con las externas y accesibles.
>
> (Williams & Wadell, 1991:56)

Una madurez similar sería deseable para el terapeuta que inevitablemente recurrirá a su propia experiencia y preocupaciones al identificarse con sus pacientes (véase Capítulo 1), pero que al mismo tiempo necesitará cierta distancia –la "distinción" de Wadell– que le capacite para permitir que aflore la imaginación del paciente, sin los impedimentos del control o de la manipulación. Así, el estilo de apego del terapeuta y, en consecuencia, su estilo narrativo, será un elemento importante para determinar el resultado de la terapia. Los terapeutas enmarañados tienden a imponer su propio estilo narrativo sobre sus

pacientes o quedan atrapados en historias interminables, mientras que los terapeutas con estilos evitativos no logran captar las claves emocionales vitales y saltan a conclusiones injustificadas. Es responsabilidad del terapeuta permanecer sintonizado mientras mantiene el equilibrio, una posición que he denominado "no-apego" (Holmes, 1996), y que la siguiente anécdota trata de ilustrar.

No-apego mientras aflora la narración del trauma

Tras más de un año de psicoterapia semanal, Dave, cuyo caso se ha mencionado anteriormente, reveló con una profunda vergüenza que durante la adolescencia había sido internado en un reformatorio. Entonces añadió que durante esta etapa también había sido ingresado en un hospital psiquiátrico, un hecho al que sólo se había referido de forma vaga y pasajera. A continuación habló de las circunstancias que le habían llevado a este ingreso. Parecía que había rociado de gasolina algunas ropas, había envuelto sus piernas en ellas y les había prendido fuego. Mientras se refería a este hecho, el terapeuta permaneció sentado en silencio, prestando toda su atención e imaginando los detalles de la historia juvenil de este hombre que ya peinaba canas. Había aún algo misterioso sin descubrir. ¿Cómo se vinculaban todos los hechos? ¿Qué le había llevado a actuar de ese modo? Dave se refirió a la escuela naval, donde fue admitido por ser huérfano de un miembro de la marina y, que a diferencia de sus compañeros, sus progenitores no acudían los días de presentación ni de reunión (no se podían permitir los costes de los billetes del tren), y, si hubieran podido, le hubieran avergonzado por su aspecto desaliñado; de su envidia y desprecio hacia sus compañeros que nada tenían que temer ni sufrir.

Todo esto parecía relevante con respecto a sus sentimientos sobre su terapeuta "de acento elegante", a quien estaba muy apegado y, sin embargo, en quien no podía confiar plenamente. Esto también fue algo que el terapeuta percibió "impersonalmente" –podía *sentir* la hostilidad, el anhelo, la envidia, la

> dependencia, pero de un modo objetivo que parecía no tener nada que ver con él como persona. En este intenso momento *él* no existía; era una proyección del mundo interno del paciente y sin embargo, en ese instante, se percibía como intensamente vivo y muy auténtico. Entonces Dave estableció la conexión que faltaba: uno de los trabajadores del reformatorio abusaba sexualmente de los chicos a cambio de cigarrillos y se había aproximado a Dave. Él se sentía muy avergonzado de estas proposiciones coercitivas que resonaban con su anhelo de proximidad (hablando aún de su padre muerto, a quien no había conocido, como si hubiera estado próximo a él), su ira, su vergüenza y su confusión por el abuso de esta ansia. Esto es lo que le había llevado al episodio de la auto-lesión. Mientras escuchaba, el terapeuta sintió como si la historia le estuviera ocurriendo a él en ese mismo momento, pero impersonalmente –por una parte plenamente inmerso y, al mismo tiempo, observando y siendo capaz de proteger los límites de la sesión, tanto para él mismo como para el paciente.

Éste es un intento inapropiado de describir un momento intenso de la terapia –momentos que ocurren regularmente pero con poca frecuencia. En definitiva, la terapia trata de *esto*: la aparición de una historia que sea intensamente sentida (incluye la "experiencia cruda") y tenga una validez objetiva (congruencia, contingencia, verosimilitud). La contribución específica del terapeuta a este proceso consiste en ser testigo, contenedor de los límites narrativos, "objeto-subjetivo" (en términos de Winnicott), facilitador y capaz tanto de perderse a sí mismo como de permanecer siendo él mismo en el proceso. Winnicott (1965) se refirió a la importancia de "traer el trauma al área de la omnipotencia". En la transferencia, el terapeuta se convierte tanto en el objeto deseado como en el objeto abusivo. El terapeuta de Dave era responsable de crear la dependencia y con ella la esperanza de que Dave mantuviera el objeto interno –el padre que había perdido– y que tanto anhelaba. Al mismo tiempo, esa esperanza era constantemente ("sádicamente") barrida por el reconocimiento de que su padre nunca podría volver a la vida.

Tales momentos de insight, aunque significativos, nunca deben ser los puntos de llegada. Cada historia permanece ahí para ser revisada a la luz de la experiencia nueva, nuevas facetas de la memoria, nuevos sentidos. En este capítulo he tratado de revisar el ciclo de la construcción y deconstrucción narrativa, que a mi parecer es un elemento central en el proceso terapéutico. He defendido que la narrativa tiene sus orígenes psicobiológicos en la "señalización" y contingencia del reflejo maternal. Se han trazado los vínculos entre los patrones de apego infantil y los estilos narrativos adultos. Por último se ha presentado el modo en que, en psicoterapia, el terapeuta modela el relato del paciente y refleja su experiencia afectiva de un modo que conduzca a una sensación de self más segura. En el próximo capítulo se examinará con más detalle la relación entre el apego y el trauma, especialmente cuando es abusivo.

9 Abuso, trauma y memoria: una perspectiva del apego

La teoría del apego se inicia a partir del poder de los adultos para proteger y proporcionar seguridad a sus hijos. En el abuso se rompe este contrato biosocial básico entre adultos y niños. En la primera mitad del presente capítulo se analizan el abuso y el trauma desde la perspectiva del apego; en la segunda mitad, se considera el modo en que estos fenómenos pueden influir sobre el funcionamiento de la memoria y las construcciones de la narración personal.

La definición de abuso incluye los siguientes sinónimos: perversión, uso inapropiado, violación, adulteración y deshonra. Implícito a estos significados se encuentra la idea de un uso normal o apropiado con el que puede compararse el ab-uso: violencia e irrupción en la integridad física o moral; trasgresión de la propiedad sexual y desde la deshonra la idea de ensuciar –la introducción de lo no limpio y lo vinculado a los excrementos en un mundo de limpieza e inocencia. Cualquiera de estos significados y muchos otros pueden ser percibidos por el receptor cuando se le menciona el término de abuso. A éstos, podemos añadir la idea kantiana del uso indebido de los seres humanos como medio para alcanzar un fin y no como si ellos mismos fueran el fin.

Las clasificaciones de abuso suelen incluir cuatro tipos fundamentalmente: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional y abando-

no. Implícita a la noción del abuso está la idea de que cada uno de ellos es una perversión de lo que un niño, desde el punto de vista de sus derechos, podría esperar de sus progenitores o cuidadores. Igualmente, parece probable que el abuso tenga un poderoso impacto sobre el estilo de apego del niño, como trauma que es en sí mismo y en vista del contexto en el que tiende a ocurrir el abuso.

Comenzaré con algunos comentarios preliminares sobre las similitudes y diferencias sobre el abuso entre la perspectiva del apego y la psicoanalítica. Como se comentaba en el prefacio, el psicoanálisis coloca al deseo en el centro de su pensamiento. Los progenitores son los primeros objetos libidinales de sus hijos. Lo traumático y confuso sobre el abuso sexual es que el mundo adulto, en lugar de contener y sostener el deseo del niño, le responda recíprocamente. Se ingiere el fruto del árbol del conocimiento antes de que el niño pueda digerirlo –con las resultantes vergüenza y pérdida de la inocencia, y la prematura expulsión del mundo del juego y de la plenitud. Este recurso a la imaginería bíblica muestra el modo en que la noción del abuso hace una incursión en las fantasías primales, y el modo en que el abuso se puede convertir en metáfora de todo lo que es maligno y demoníaco –a menudo algo que se acepta sin crítica alguna como la causa de todos los males psíquicos.

Del psicoanálisis kleiniano se derivó la idea de que los progenitores no sólo son el objeto del primer amor de sus hijos, sino también de su odio. La agresión y la frustración inevitable del deseo conducen al niño a un odio homicida, que, al igual que con la líbido, es idealmente contenido y destoxificado por el cuidador, de modo que gradualmente el niño aprenda a afrontar los sentimientos de decepción y aplazamiento de la gratificación. En el abuso físico, este proceso se pervierte: en lugar de absorber y aplacar el odio, el adulto se venga, usando al niño como contenedor de su privación y dolor. En el caso del abandono emocional sistemático, el adulto niega la inevitable intimidad de la relación progenitor-hijo y el proceso proyectivo que implica. En un giro aún más perverso, el adulto puede considerar incluso que el niño está provocando deliberadamente su desgracia. Siguiendo la ley del talión de la psique primitiva, a los ojos del per-

petrador el abuso se convierte en un acto justificado de venganza. La perversión también puede afligir a las víctimas del abuso, la cual, cuando se desenmaraña, es una forma de protesta y venganza. Ésta fluye a partir de la identificación con un self malo o inútil, bueno sólo para la explotación y el abuso. Es como si la persona abusada dijera al mundo, "me has tratado como a un objeto inútil, por lo tanto eso es lo que voy a ser".

Como hemos visto, la teoría del apego no comienza con la líbido, sino a partir de la insuperable necesidad de los adultos de proporcionar seguridad a sus hijos si se pretende que su desarrollo transcurra con seguridad. Bowlby (1988) observó la extrema vulnerabilidad de los mamíferos jóvenes a la depredación y supuso que los mecanismos conductuales y psicológicos que garantizan la proximidad entre adultos y sus retoños en los momentos de peligro se crean en nuestro sistema nervioso a través de la selección natural. La paradoja perversa del abuso, desde la perspectiva del apego, surge a partir del círculo vicioso en el que un adulto, normalmente un cuidador, es simultáneamente una figura de apego a la que recurre el niño en busca de protección y una fuente de amenaza que es la que genera la necesidad de dicha protección. Cuanto más atemorizado o dolido esté el niño, más se aferrará al perpetrador.

Abuso y apego

Se podría especular que las diferentes formas de abuso se vinculan con diferentes patrones parentales que subyacen al apego ansioso. La evitación surge en el contexto de la agresión parental –el maltrato infantil constituye el ejemplo extremo de esto, y la alerta congelada de los niños maltratados es quizá una caricatura del recelo evitativo. El abuso sexual infantil perpetrado por progenitores o padres adoptivos se deriva de apegos ambivalentes en los que, tal y como se ha descrito al comienzo del capítulo, el niño se aferra al cuidador quien alterna su conducta entre la del intruso sexual y la del amenazador y despreciador. El abandono parental, que, llevado al extremo, es una forma de abuso, puede vincularse con el apego desorganizado, en el

que el niño se desespera por hallar cualquier estrategia que le sirva para activar la conducta proyectiva en su cuidador.

Esto, evidentemente, es sobre-esquemático. En la práctica clínica, la distinción entre los diferentes tipos de apego inseguro no es tan exacta, siendo habitual encontrar patrones mixtos, por ejemplo, en los trastornos alimentarios. Esto tiene mucho sentido psicológico, porque la evitación y la ambivalencia son imágenes reflejas una de la otra: la persona evitativa anhela la intimidad más que ninguna otra cosa, mientras que los individuos ambivalentes ansían disponer de autonomía, pero ambos tipos temen arriesgarse para lograr lo que realmente desean. En consecuencia, la ansiedad subyace en la base de los apegos inseguros (si tal afirmación no es una tautología), y es la incapacidad del cuidador para proporcionar la base segura que aliviará la ansiedad la que inhibe la capacidad para desarrollar tanto la intimidad como la autonomía.

En la literatura pueden hallarse dos formas de analizar el abuso desde la perspectiva del apego. Heard y Lake (1997) subrayan el cambio desde las interacciones seguras/agradables a ésas que están organizadas alrededor del dominio/sumisión. La última estrategia favorece que la parte más débil se permita algunas medidas de protección ante el individuo más fuerte, pero con un coste en términos de desarrollo intelectual y emocional. Fonagy (1997) vincula la idea de "modelos de trabajo incompatibles" de Bowlby (1988) con el vínculo desorganizado y los trastornos disociativos, que son comunes en las personas que han sufrido abusos sexuales. Cuando el abusador es miembro de la familia, la víctima tiende a disociar, por una parte como modo de afrontar el dolor y el miedo al acto mismo del abuso y, por otra, porque el abusador que le indujo mañosamente hasta su habitación es la misma persona que se comporta "normalmente" en el contexto público de la familia. Por lo tanto, la criatura dispone de dos modelos de trabajo interno incompatibles del, pongamos por caso, padrastro como miembro de la familia y del padrastro como abusador, y de sí misma en esos dos contextos también. Esto generará una estrategia de apego desorganizada o incoherente y, en definitiva, conducirá a que la víctima recurra a un aspecto del self o de su cuerpo como base segura patológica (Cf. Capítulo 2).

Agresión y protesta

La Prueba de la Situación del Extraño se centra en el modo en que la criatura responde ante la separación. La respuesta "normal" incluye la protesta sana –el progenitor es "castigado" por el llanto del niño y en algunos casos por el modo agresivo en que se le aferra éste ante el acto del abandono. La capacidad para protestar, para mostrar una agresividad apropiada y para "solicitar ayuda" (con un año de edad mediante la vocalización en lugar de la verbalización) son señales de apego seguro, mientras que los niños inseguros suelen tender a ser incapaces de protestar o a bloquearse en una agresión inapaciguable. Esta imagen puede vincularse con el modelo de "pecho" (i.e., figura de apego) de Winnicott-Bion, capaz de "metabolizar" la ira y el odio de la criatura frustrada, y de volver a los sentimientos infantiles de un modo desintoxicado. La seguridad surge, en parte, de la habilidad del cuidador para aceptar y contener la protesta sin vengarse ni rechazar a la criatura.

Esto es relevante al tema de abuso de diversos modos. En primer lugar, una precondición de la seguridad es la habilidad para defenderse a uno mismo cuando sea necesario, bien sea para defender los propios derechos o para obtener el apoyo de una base segura adulta. Las personas seguras no temen a su agresión y pueden expresarla abiertamente, o, cuando sea necesario, contenerse y tranquilizarse apropiadamente si su ira es activada por el dolor o el miedo. La inhibición de la protesta y la ira apropiada es un compañero casi universal del abuso: ¿cómo se puede esperar que el adulto que nos haya dañado acepte y "metabolice" nuestras protestas? En segundo lugar, un aspecto relacionado es el relativo a que los progenitores potencialmente abusivos, en cualquier caso, suelen carecer de la capacidad para contener la agresión de sus hijos, sin ninguna duda porque ésta provoca sus propios sentimientos de incontinencia *vis-á-vis* con sus propios progenitores –aquí se representa su patrón intergeneracional de abuso– y por lo tanto se vengarían o abandonarían al niño que protesta.

Un tercer aspecto se refiere al rasgo clave del abuso sexual, la incapacidad del niño para hacer saber a sus progenitores lo ocurrido

o, si realiza aproximaciones intencionadas de apertura, éstas suelen hallarse con desconfianza, descrédito, rechazo o castigo ("¿cómo te atreves a acusar a tu padrastro de tal cosa? ¡Vete inmediatamente a la cama, mal pensada!") En este caso se invalida o desconfirma la experiencia de la criatura, con las consiguientes distorsiones en la auto-comprensión. En el apego seguro la responsividad, la "señalización" y las respuestas contingentes del progenitor ayudan al niño a distinguir claramente entre su propia experiencia y la del cuidador. En el apego inseguro, por el contrario, especialmente en los patrones ambivalentes y desorganizados, esta diferenciación es inestable, tales respuestas invalidantes sirven para confirmar la confusión preexistente y la dudas sobre uno mismo.

Vías evolutivas

Los episodios aislados o únicos presentan una probabilidad mucho menor que los episodios de abuso repetido de producir efectos de largo alcance sobre la personalidad de la víctima, sugiriendo que el contexto es fundamental para determinar, en primer lugar, que se produzca o no el abuso y, si ocurre, las consecuencias que podrían generarse de éste. Los patrones de apego inseguro o seguro describen vías evolutivas que representan patrones de interacción repetida progenitor-hijo en una constelación familiar particular. Estas vías, si son subóptimas, no "causan" abuso, pero constituyen uno de los múltiples factores, que en actuación concertada, pueden promover o prevenir el abuso. Aunque lo que denominamos "abuso" pueda identificarse como un uso definitivamente inapropiado de la agresión o de la agresión sexual entre adultos y niños, los acontecimientos únicos o repetidos se producen en un contexto de patrones engranados de una interacción conductual previamente establecida entre los progenitores y los hijos. Cuando los episodios aislados de abuso no producen consecuencias a largo plazo, es probable que se produzcan en patrones de apego seguro. Con mucha más frecuencia, los patrones conductuales inseguros se interiorizan como "modelos internos de trabajo" –los cuales, en el caso de los niños

que han sufrido abusos, tienden a ser (aunque no siempre) maladaptativos y, por lo tanto, en el sentido psiquiátrico, precursores de patologías. El niño que haya sufrido abusos acarreará hasta la edad adulta una serie de asunciones –tales como "si algo va mal será por mi culpa", "las relaciones íntimas con los hombres son amenazadoras y asquerosas", "debo ser sumisa ante las demandas ajenas si quiero obtener algún grado de seguridad" y "el modo de evitar las situaciones intolerables consiste en separar mi mente de mi cuerpo"– que servirán posteriormente para establecer las bases de relaciones perturbadas y de ansiedad y depresión.

De este modo, el contexto general en el que se produce el abuso tiene la misma importancia que el abuso mismo: una madre depresiva y no responsiva; un padrastro, que quizá él mismo haya sido objeto de abuso en algún momento de su vida; desempleo, enfermedad crónica, baja auto-estima y un sin fin de otros factores psicológicos y sociales que constituyen el telón de fondo del acto de abuso (Belsky, 1993).

Desde una perspectiva clínica o preventiva, este "trauma acumulativo" y contextual debe ser debidamente valorado. Dada la naturaleza dramática y sobrecargante de los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT), y de los recuerdos y la evitación fóbica de los correlatos psicofisiológicos del abuso (el olor, sonidos, nivel de iluminación, terror, asco, excitación indeseada, sentimientos de estar atrapado o la preparación para el propio sacrificio a fin de proteger a los hijos), es fácil centrarse exclusivamente en el trauma mismo. En la práctica, deben ser contemplados tanto el trauma como el contexto. Evidentemente, en terapia con adultos que hayan sobrevivido a un abuso, pueden requerirse meses para poder construir una imagen del contexto evolutivo antes de poder referirse a los detalles del trauma mismo.

El trastorno por estrés postraumático como síndrome fue inicialmente considerado en el contexto de la Guerra del Vietnam y vino a sustituir los conceptos de "neurosis de guerra" y "fatiga de batalla" generados por los psiquiatras y psicólogos durante la Primera y Segunda Guerras Mundiales. Los efectos a largo plazo del abuso

sexual pueden coincidir en muchos aspectos con el TEPT, y algunos autores han tratado de conceptuar el trastorno límite de personalidad (60-70 % de los pacientes han sufrido abuso sexual) como una forma de TEPT (Gunderson & Sabo, 1993). Herman et al. (1989) se refirieron al "complejo TEPT" para incluir los efectos a largo plazo del trauma acumulativo y su impacto sobre los modelos internos de trabajo. Una de las cuestiones claves tanto para el TEPT como para el abuso es preguntarse qué es lo que determina que tal trauma sea o no "traumático", en el sentido de generar una sintomatología psiquiátrica grave o las distorsiones del desarrollo de la personalidad que se han hallado en el trastorno límite de personalidad. Una perspectiva del apego puede sernos útil para desenmarañar algunos de estos aspectos.

Previamente se ha sugerido que algunas de las características aparentemente perversas del trastorno límite de personalidad pueden entenderse en términos de apego. En los casos de auto-lesión, por ejemplo, se usa el cuerpo como un "objeto" que es simultáneamente agredido y actúa como fuente de apaciguamiento –las personas que se auto-lesionan produciendo cortes en su cuerpo manifiestan un período temporal de paz y calma tras la lesión. El abuso interfiere con la adquisición por parte del niño de la capacidad para tranquilizarse a sí mismo: el progenitor cuyas acciones de apaciguamiento normalmente constituyen un modelo que progresivamente se interna, crea, por el contrario, dolor y miedo. Entonces el niño se centra en el cuerpo como base segura sustitutiva para calmarse a sí mismo. El "logro secundario" de mostrar la lesión a cuidadores profesionales moviliza adicionalmente las conductas de apego. El consumo inadecuado de alcohol o drogas reduce el dolor fisiológico y proporciona una sensación de sentirse contenido y despojado de responsabilidad similar a la que se busca cuando se activan las necesidades de apego.

Narración y apego

Sólo una pequeña minoría de criaturas víctimas de abusos desarrolla un trastorno límite de personalidad. En los niños enfrentados a la adversidad se han identificado (Belsky, 1993) diversos factores

protectores, incluida la existencia de, cómo mínimo, una buena relación –quizá con el abuelo o con un maestro–, el atractivo, la habilidad para los deportes y el impacto de la psicoterapia (Styron & Janoff-Bulman, 1997). Otro aspecto se refiere a la capacidad para "narrar" la experiencia dolorosa. Como se comentaba en el capítulo anterior, las técnicas de producción de neuroimágenes sugieren que los recuerdos traumáticos se procesan en el cerebro de formas diferentes a lo recuerdos no traumáticos (Van de Kolk & Fisler, 1996). La mayoría de los recuerdos se almacenan en el cerebro en forma de "historias", secuencias de acontecimientos que pueden ser recordados verbalmente y en las que los aspectos sensoriales y emocionales de la memoria permanecen en el fondo. Las memorias traumáticas parecen existir en una forma sensorial "cruda", que dificulta la producción de un recuento verbal coherente. A menudo, también permanecen muy "próximas a la superficie" y son fácilmente activadas por claves que comparten rasgos con la situación traumática, provocando emociones asociadas como pánico y miedo. El abuso se inscribe del mismo modo en que las personas pensamos y hablamos de nosotras mismas. El estilo narrativo incoherente asociado con el abuso refleja presumiblemente recuerdos traumáticos que amenazan con convertirse en conscientes, y que son contenidos sólo con esfuerzos parcialmente satisfactorios de empapelamiento verbal de las fisuras.

En ausencia de una base segura, puede verse comprometida la capacidad del niño para desarrollar la auto-narración y, a la postre, una sensación positiva y auto-confiable de sí mismo. Si el niño no puede confiar en que el progenitor estará sistemáticamente a su lado, sin interferencias ni olvidos, entonces su juego y sus pensamientos no estarán exentos de ansiedad; cuando el cuidado ha sido abusivo, pueden verse afectadas la coherencia misma de los patrones de pensamiento y la integración del afecto con la cognición.

Algunos autores inspirados en el apego (Fonagy, 1991; Hobson, 1993) han vinculado los hallazgos empíricos anteriores con la cuestión filosófica relativa a cómo sabemos que las demás personas tienen mente. Estos autores defienden que las experiencias de apego seguro sólo pueden ser ofrecidas por cuidadores que ven a las personas a su

cargo como seres sensibles, centros de sus propios universos personales. Por el contrario, en el abuso la víctima es considerada como un objeto sin sentimientos ni memoria, y evidentemente obligada a negar su propia experiencia. El título de uno de los escritos finales de Bowlby (1988) "Sobre saber lo que se supone que no sabes y sentir lo que se supone que no sientes" describe perfectamente esta confusión. Sabemos que las demás personas disponen de mentes, señala el autor, porque nosotros mismos hemos sido tratados como personas con mentes. El punto de vista que tiene el cuidador sobre nosotros se interna no sólo como nuestro propio punto de vista sobre nosotros mismos, sino también de los demás. De esto se deriva el interés por el objeto y la conciencia de las necesidades ajenas que tantas veces suelen estar distorsionados en los supervivientes de abusos.

Memoria y abuso

El tema de la memoria y el abuso ha generado un agrio debate. Desde la perspectiva del apego, los niños que han sufrido abusos son propensos a presentar apegos desorganizados y estilos de narración incoherentes. Esto implica que se ve comprometida su capacidad para mantener el hilo de su narración personal: se pueden confundir la realidad y la fantasía, combinar los hechos y la ficción y deteriorar la capacidad normal (que se establece a comienzos del desarrollo, alrededor de los 3 años de edad) para distinguir lo sucedido de lo imaginado (que inevitablemente estará estimulado por acontecimientos reales).

Para Freud, la claridad de los recuerdos, frente a la confusa calidad de los sueños y la fantasía, era el método mediante el cual decidíamos su grado de veracidad; así, una fantasía "ultra-clara" (que puede aparecer en ésos que han sido objetos de trauma), mediante la "atribución perceptual errónea", puede ser fácilmente clasificada como recuerdo (un aspecto originalmente mencionado en el siglo XVIII por Berkeley).

Hallazgos recientes de la ciencia cognitiva nos ayudan a desenmarañar algunos aspectos de la memoria en relación al abuso. Por

ejemplo, la "amnesia infantil" (Lindsay & Read, 1994) es virtualmente universal durante los dos primeros años de vida. Parece probable la existencia de una base neurológica/madurativa que justifique tal falta de recuerdos y que el adviento del lenguaje, alrededor de los 2 años de vida, esté vinculado de algún modo con el comienzo de lo que Tulving (1985) denomina "memoria episódica" –es decir, la habilidad para recordar acontecimientos y situaciones específicas. Esto no equivale a decir que las experiencias de los dos primeros años de vida no tengan ningún efecto, o que no se registren en el sistema nervioso. Todo lo contrario: Tulving diferencia el sistema de memoria episódica de lo que él denomina memoria "semántica" y "procedimental". La memoria semántica se refiere a la "gramática" de nuestras vidas: las reglas de las relaciones que están tan engranadas como los sucesos reales, que Byng-Hall (1995, siguiendo a Schank, 1982), denomina "acontecimientos-guiones". La memoria procedimental equivaldría a la "memoria en el cuerpo" de Segal (1991), las sensaciones somáticas de la intimidad, el rechazo, la saciedad, la frustración, etc. que constituyen un substrato psicofisiológico para la sensación del self (lo que "percibimos" como nosotros y el mundo), y presumiblemente se relaciona con la manejo parental durante los primeros meses de vida, incluida la experiencia del apego.

Una vez más, la distinción radical entre el recuerdo y el olvido propuesto por algunos autores es cuestionable. En la actualidad entendemos que existe una relación mucho más fluida entre la conciencia y el resto de la mente. Podemos ser completamente inconscientes, ligeramente conscientes o suprimir conscientemente los sentimientos y recuerdos dolorosos o, en situaciones de estrés y depresión, sentirnos superados por ellos.

El retorno de lo reprimido

Jonathan, un maestro depresivo de unos cuarenta años de edad, "sabía" que su padre había sido alcohólico y había muerto cuando su hijo contaba con 11 años de edad, que su hermano había sido víctima de un accidente de tráfico un año después y que su madre había padecido una crisis depresiva poco

después, pero nunca hablaba de estas cosas con nadie, ni siquiera "conmigo mismo", tal y como decía. Pero, cuando comenzó a sentirse superado por los sentimientos de tristeza y futilidad, en una etapa en la que su hijo estaba próximo a cumplir los 11 años de edad y él mismo sufrió un accidente de tráfico leve, solicitó ayuda. En el transcurso de la terapia surgían imágenes muy vívidas del pasado –una mezcla de simpatía y asco que experimentaba cada vez que acompañaba a su padre al establecimiento de licores.

Al trabajar en terapia con personas que han sobrevivido a abusos, los recuerdos pueden adoptar tres formas diferentes. En primer lugar, se puede ayudar al paciente a ponerse en contacto con los pensamientos y fantasías del momento y de las que pueda ser levemente consciente, pero a las que no ha logrado prestar atención ni darse cuenta del grado en que pueden estar influyendo sobre sus estados anímicos o conductas cotidianas. En segundo lugar, puede producirse la aparición de recuerdos traumáticos genuinamente reprimidos, como en el psicoanálisis clásico. En tercer lugar, y de forma muy conflictiva, existen recuerdos putativos que pueden ser inherentemente irrecuperables en forma "semántica" –si se remontan a una etapa anterior a los 2 años de edad– pero que pueden ser inferidos a partir de la historia del paciente, de evidencias colaterales y de la conducta en relación al terapeuta.

Modificación de la experiencia clínica

La disociación y la histeria clásica son relativamente poco frecuentes en la práctica clínica contemporánea. Tenemos la misma probabilidad de encontrarnos con pacientes que se sienten sobrecargados con recuerdos del pasado que no pueden superar o afrontar, como de encontrarnos con personas que padezcan una represión clásica. Tal y como señalaba Álvarez (1992), algunas personas necesitan aprender a olvidar, dada la enorme incidencia del abuso traumático hallado en las historias de pacientes límites que parecen ser

el equivalente moderno a las histerias de Freud (Bell, 1992). Realmente sufren a partir de sus reminiscencias. Desde la perspectiva de la teoría del apego, el enmarañamiento en el dolor pasado es una manifestación del apego inseguro, como también lo son la evitación o el rechazo.

Lo que denominamos "memoria" es un sistema activo (Loftus, 193), (a) que depende del estado del organismo y sus relaciones en el momento de la experiencia, (b) que es activamente elaborado ("procesado" o asimilado) a partir de ese momento y que se le concede un sentido, y por lo tanto (c) que, en la medida en que sea congruente con el mundo supuesto o los "modelos internos de trabajo" mediante los cuales vive el individuo, se convertirá en parte de un almacén de recuerdos que puedan ser usados para guiar la acción y para reforzar la sensación de self, pero de lo contrario, actúa como una fuente potencial de conflicto y división del self. Por último, (d) las memorias conscientes y sus significados se actualizan continuamente a la luz de la última experiencia (que seguramente es lo que posibilita la psicoterapia). Las memorias no asimiladas o inconscientes no están disponibles para su reelaboración terapéutica.

La literatura sobre el apego sugiere que el "procesamiento" de sentimientos sólo es posible cuando el individuo se siente seguro, porque la exploración se inhibe necesariamente si el individuo se halla en un estado de tensión. Cada uno de los principales tipos de apego inseguro produce un deterioro específico de la memoria. El individuo evitativo suprime simplemente sus recuerdos y quizá sea el más próximo a la formulación original de la histeria de Freud: los recuerdos no están disponibles para su asimilación porque no han sido experimentados en el presente antes de que puedan convertirse en parte del pasado. El individuo enmarañado, por contraste, se ve sobrecargado por los recuerdos dolorosos del pasado: su problema no es la recuperación de la memoria sino el olvido. En el apego desorganizado, que se observa con tanta frecuencia en relación a la privación y al abuso, no parece haber una estrategia integradora global coherente: el individuo tiende a disociarse de la experiencia doloro-

sa y por ello presumiblemente a disociar los recuerdos unos de otros, generando la ausencia de una estructura general de sentido personal. Los orígenes infantiles de tales patrones subrayan el aspecto interpersonal de la memoria. La contención segura es necesaria para ayudar al niño (o al adulto con problemas) a distinguir entre la fantasía y la realidad, a separar lo real de lo irreal. El estilo de la narración adulta suele ofrecer claves sobre la historia de tal contención, o su ausencia, que es el contenido específico de la historia que es narrada.

Janet contempló la histeria en términos de disociación, pero la disociación no es en sí misma un proceso patológico. Todos disponemos de formas de ser múltiples, tanto contemporáneamente (marido, amante, amigo, etc.) como a lo largo del tiempo ("¿Puedo ser yo la persona que robó esa moneda, el ciudadano honrado, y cuál es el yo "real"?"); podemos interpretar un papel, fingir, decepcionar a los demás y algunas veces incluso a nosotros mismos. Lo que parece ser diferente en la histeria no es la disociación misma, sino la falta de conciencia de que uno esté disociando. La capacidad crucial aquí es la auto-conciencia, o la función reflexiva, un requisito clave si ha de alcanzarse el apego seguro (y, por lo tanto, la habilidad para procesar recuerdos) ante la adversidad.

Volviendo a la clasificación que hace Tulving (1985) de los sistemas de memoria, parece que la memoria episódica se basa en un substrato de las memorias semántica y procedimental, que reflejan el contexto interpersonal en el momento de la experiencia. Como se sugería en el capítulo anterior, la mayoría de los individuos disponen de un almacén de relativamente pocas *memorias prototípicas o nodales*, que parecen encapsular la visión de uno mismo y del propio pasado y que son integrales para la identidad y el sentido personal. Son "episódicas" –porque parecen registrar sucesos reales– pero también tipifican elementos semánticos y procedimentales. El trabajo de la psicoterapia se centra, a menudo, en estas memorias nodales a medida que son desempaquetadas y recontextualizadas en el nuevo contexto de la relación terapéutica.

Una memoria nodal recontextualizada

Jaime, un hombre bisexual altamente evitativo, que se había criado en un barrio de clase obrera en Glasgow y que se había marchado de casa tan pronto como tuvo oportunidad de ir de "caza" por lo bares locales, tenía un sueño recurrente en el que estaba de pie ante la puerta de entrada del apartamento de su madre, incapaz de marcharse porque ella lo tenía agarrado por los testículos. Cuando llegó a terapia él lo interpretaba del siguiente modo: "Me tiene pillado por las pelotas". Hacia el final de la terapia, comenzó a ver la misma imagen como una expresión del reconocimiento de su madre hacia su vulnerabilidad, un esfuerzo por mecerlo y protegerlo de la violencia –la suya propia y la de los que le rodeaban.

Recuperación de memorias y el síndrome del falso recuerdo

A la luz de los comentarios anteriores, mencionaré brevemente la controversia que rodea a la recuperación de la memoria y al denominado síndrome del falso recuerdo. En la actualidad sabemos cuán erróneo y simplista era el modelo de histeria de Freud anterior a 1897: síntomas igual a represión igual a abuso, por lo tanto, terapia igual a recuerdo igual a recuperación. Pero, con todo sigue existiendo una parte de verdad en estas ideas originales, especialmente en relación al abuso infantil. Muchas veces los recuerdos se mantienen fuera de la conciencia. Cuando brotan a la superficie, amenazan con sobrecargar al sufridor, quien suele desarrollar síntomas que en el siglo XIX podrían ser clasificados como "histeria": sentimientos de pánico, náusea, mareos, dificultades sexuales, etc. La "recuperación" de recuerdos se produce muchas veces a partir de claves contemporáneas, como una relación difícil, o un hijo que va a llegar a la edad en la que el paciente sufrió el abuso. Tales personas parecen haber sido privadas de los cuidados y de la sensación de calma asociados con el apego seguro y, tal y como se sugería en el Capítulo 2, pueden comenzar a consumir drogas, a auto-lesionarse, a presentar trastor-

nos alimentarios o similares como forma infructuosa para calmarse. Las auto-lesiones calman porque nos distraen del dolor mental, un técnica disociativa que muchas personas traumatizadas descubren como forma de soportar el dolor y la humillación del abuso. Las relaciones caóticas, el abuso de alcohol y sustancias y los trastornos alimentarios sirven a la triple función de distracción, posible descarga de opiáceos endógenos y evocación de la conducta protectora de los demás (De Zulueta, 1993).

Las pruebas epidemiológicas sugieren que la amnesia total para el trauma y el abuso es poco frecuente, aunque, como se ha comentado, la amnesia para los sucesos anteriores a los dos años de edad es casi universal. En un estudio con mujeres conocidas por haber sido víctimas de abusos durante la infancia, sólo el 20 % no disponía de ningún recuerdo del suceso (Lindsay & Read, 1994). Mucho más frecuentes son los patrones de recuerdos sin asimilar, coloreados por patrones de apego inseguro: se recuerdan hechos pero no sentimientos, o el paciente genera estados similares al trance en los que se confunde pasado y presente.

En el peor de los casos pueden surgir "falsos recuerdos" a partir de simples errores de lógica. *Post hoc, propter hoc* dificulta en general los comentarios de causalidad en la psicoterapia. Incluso si la recuperación simple de la memoria condujera a la cura –y existen muy pocas pruebas de que lo haga– eso, en sí mismo, no probaría que el olvido de los recuerdos fuera necesariamente patogénico. El trauma y el abuso infantil indudablemente conllevan factores de vulnerabilidad significativos para el trastorno psiquiátrico adulto, pero en sí mismos no son causativos (Mullen et al., 1993). Un simple error de lógica es el de la "mitad indistribuida". Así, el argumento "las mujeres bulímicas han sido frecuentemente víctimas de abuso sexual en la infancia, tú eres bulímica, por lo tanto has debido de ser víctima de abusos sexuales –incluso aunque no lo recuerdes", es lógicamente falso, aunque aparentemente muy extendido entre los terapeutas (Poole et al., 1995).

Conclusión

En conclusión, *la memoria es una construcción* y por lo tanto inherentemente falible. La teoría del apego puede ayudarnos a comprender los diferentes modos en que puede fallar la memoria. Un hallazgo importante derivado de la Prueba de la Situación del Extraño es que el estatus del apego con uno de los progenitores no se correlaciona con el del otro, por lo menos con un año de edad. Es posible que un niño desarrolle diversos patrones de apego, cada uno de los cuales, aparentemente, se almacena independientemente en el cerebro. Esto presumiblemente tiene un valor para la supervivencia, del mismo modo que la simetría de los órganos permite que si uno está deteriorado, el individuo puede seguir funcionando con el otro. De este modo, a pesar del abuso, si una persona dispone de cómo mínimo una relación que le permitió el desarrollo de la función reflexiva, puede sobrevivir bien sin grandes dificultades relacionales o emocionales. La competencia autobiográfica –la habilidad para describir el propio pasado, por muy doloroso que sea, con claridad y coherencia sin negación y sin sentirse sobrecargado por el mismo– es una manifestación del apego seguro y de la función reflexiva. Freud pensaba que la expresión verbal del trauma era curativa, pero es más probable que el *apego seguro y la concomitante función reflexiva* subyazcan a la resiliencia y a la competencia narrativa.

De esto se deriva que la recuperación de los recuerdos no sea, en sí misma, necesariamente curativa. Evidentemente, una relación paciente-terapeuta enmarañada e intrusa en la que el trauma es ensayado repetidas veces puede reforzar meramente las formas ambivalentes de apego inseguro (cf. Dozier et al., 1994). El terapeuta debe crear una base segura para el paciente a partir de la cual éste pueda comenzar a recuperar y reevaluar su pasado. Como hemos visto, el apego seguro se deriva de la responsividad, la sintonización y la capacidad de una protesta sana. La intrusividad y la incoherencia se asocian con un apego ambivalente; cuando una "sugerencia" era intrusa y comprometedora de la autonomía, Freud procedía correctamente absteniéndose de formularla. Una de las principales finalidades de la terapia es

aumentar la función reflexiva, proporcionando al paciente la oportunidad de experimentar, considerar y dominar sus sentimientos en relación al terapeuta. Esto determina que la "transferencia presente" de Sandler y Sandler (1994) sea tan importante como la recuperación de la memoria.

La importancia de la transferencia presente

Alison, mencionada en el Capítulo 7, una mujer de unos cuarenta años de edad, sentía que toda su vida había sido arruinada por un padre tiránico y abusivo. En terapia (y en su vida restante) era apaciguadora y cumplidora, tratando de adivinar continuamente lo que el terapeuta quería de ella, de modo que pudiera ganar su aprobación, aprobación que nunca había obtenido de su padre. En una ocasión el terapeuta tuvo que modificar levemente el horario de la sesión y la llamó a casa para arreglarlo. En la siguiente sesión describió que su reacción inicial había consistido en pensar "Bien, ahora me debe un favor, realmente esta vez tendrá que preocuparse de mí". Cuando el terapeuta no logró ofrecerle los elogios o ánimos que ella anhelaba, inicialmente sintió pena de sí misma y después ira, y por último reveló cuán molesta y abusada se había sentido con la llamada del terapeuta. La "reconstrucción" del abuso de su padre había sido importante, pero era un territorio familiar que en sí mismo no aliviaba su dolor. "Descubrir" su ira auténtica en el presente era un avance necesario para convertir el tormento continuo del abuso en un recuerdo doloroso.

A medida que nuestras vidas progresan, creamos constantemente el pasado. Para experimentar el presente –alegre, neutral o doloroso– debemos dejar estar el pasado y simultáneamente preservarlo. Desde su oscura perspectiva, Melanie Klein (1986) consideró que la vida es una serie de pérdidas, una madurez equivalente a la posición depresiva en la que la pérdida y el odio que evoca se reconcilian con el apego y el amor. Como hemos descrito, los autores kleinianos posteriores han considerado que la posición depresiva funciona en

términos edípicos: la habilidad para separarse de la propia madre y de "permitirle" que esté con el padre (y los hermanos). Esto crea un "tercer término", una distancia, un espacio en el que pueden surgir el pensamiento y las palabras (Britton et al., 1989). Para Klein (1986), la pérdida es soportable porque, en el desarrollo sano, el objeto perdido es "restablecido" en el mundo interno. Este "restablecimiento" es inseparable de la memoria. En el Soneto 29, Shakespeare comienza con desesperación narcisista: "Cuando en desgracia con la fortuna y a los ojos de los hombres/ a solas lamento mi estado proscrito" y después, inmediatamente, recuerda a su amada:

> Sin embargo en estos pensamientos, casi despreciándome a mí mismo
> Pienso felizmente en ti –y entonces mi estado
> Al igual que la alondra al amanecer del día
> Desde la tierra hinchada, canta himnos a las puertas del cielo;
> El recuerdo de tu dulzura me trae tanta riqueza
> Que entonces no deseo cambiar mi estado por el de ningún rey.

Recordé espontáneamente este poema mientras trabajaba con una paciente límite que se sentía completamente desgraciada y que no parecía tener ni esperanza ni futuro. Se me ocurrió sugerirle que había perdido el contacto con la única relación buena de su vida, la que había mantenido con su padre (quien había fallecido cuando la paciente era adolescente). Esto produjo un cambio, al menos temporal, hacia un estado anímico más positivo en la sesión. Para Shakespeare el "buen objeto" no era sólo su amada, sino el poema mismo en el que ella (y en los primeros sonetos, él) era restablecido. De un modo similar, es tarea del terapeuta ayudar al paciente traumatizado a hallar no sólo los buenos recuerdos, sino a proporcionar el contexto que pueda estimular las palabras que los describan, de modo que ya no distorsionen el presente como en el síndrome del falso recuerdo, ni se pierdan en el pasado irrecuperable de la represión clásica. En el siguiente capítulo, se analiza con mayor detalle el rol que desempeña el arte como medio para ayudar a superar el trauma, una vez más recurriendo a los ejemplos de las terapias de Alison y Oliver.

10 Arte, apego y psicoterapia

Para el terapeuta, la exploración y la creatividad son uno de los dominios más importantes del apego. Este capítulo comienza con algunos comentarios relativos a los orígenes de la creatividad, a continuación analiza en detalle la famosa "Oda sobre las insinuaciones de la inmortalidad" de Wordsworth. A esto siguen algunos comentarios, con ejemplos clínicos, sobre el uso del arte en el contexto terapéutico.

Un modo de contemplar el arte en la terapia consiste en tratarlo de un modo similar a como Freud consideraba los sueños: una expresión encubierta de impulsos ocultos, siendo tarea del terapeuta "leer" el sentido inconsciente que la obra revela y disimula. De este modo, por ejemplo, Freud (1928) comentaba una historia de Stephan Zweig, en la cual una viuda de mediana edad, cuyos hijos ya no la necesitaban, se sentía atraída por un joven a quien veía en el casino. El primer objetivo de su mirada fueron las manos del joven cada vez que éste hacía una apuesta. Ella decidió "rescatarlo" de su adicción al juego y, en el proceso, acabó acostándose con él. El joven prometió renunciar al juego, ella le dio dinero para su viaje de vuelta a casa y ambos se separaron. Pero al día siguiente la mujer descubrió, para su desesperación, las manos del hombre que seguían jugando en las mesas de Monte Carlo.

Para Freud el poder emocional de la historia reside en su explicación encubierta de las luchas que acosan a los jóvenes en relación a la masturbación. El juego equivale a la masturbación: compulsiva, cargada de culpa, prometedora de gratificación inmediata pero insatisfactoria a largo plazo. La relación con la mujer madura refleja los anhelos reprimidos más profundos de un hombre joven, por regresar a un estado infantil de unión física con su madre, mientras que la participación de la mujer en la relación puede considerarse como la incapacidad para superar el duelo por la pérdida de sus hijos y el deseo de recrear una relación de protección idealizada. Los temas relativos al género también se presentan en la historia –el deseo masculino de unirse una vez más con la madre, y el terror al hacerlo, la mujer que anhela la proximidad con un hombre en compensación por la pérdida de la madre.

En estos comentarios observamos tanto las limitaciones como el potencial de un enfoque psicoanalítico. Para nuestro punto de vista contemporáneo, la equivalencia de la masturbación con el juego parece excesivamente simplista, entre otras cosas, porque, a diferencia de Freud, ya no vivimos en una época en la que la "masturbación insana" sea considerada con seriedad por la profesión médica. Sin embargo, la sugerencia relativa al juego compulsivo, a la adicción a las drogas, a la promiscuidad o a las auto-lesiones repetitivas, podría representar o simbolizar una actividad compensatoria de auto-apaciguamiento cuando las relaciones externas de una persona han fallado y que esto, a su vez, puede surgir de la privación o trauma infantil, son nociones que se adaptan perfectamente a la idea de una necesidad continua de una base segura en la vida adulta.

El concepto clave es aquí el de la simbolización. Ernest Jones (1916) profundizó sobre las ideas de Freud relativas a la simbolización, y defendía que un símbolo, al igual que la imagen de un sueño, es una representación disimulada de un pensamiento inconsciente que se ha desvanecido de la conciencia. Adicionalmente señalaba que los símbolos están íntimamente relacionados con el cuerpo, o con el self y sus relaciones inmediatas. Este autor diferenciaba entre la sim-

bolización y la sublimación, siendo la última la expresión "sana" del sentido inconsciente en el que la fuerza de los impulsos inconscientes ha sido suficientemente atenuada.

Los primeros analistas tendían a establecer vínculos entre actividades sublimatorias sofisticadas y las funciones corporales tempranas. Así, Freud sugería que la fuerza para tejer surgía de la vergüenza femenina por su falta de pene y la ocultación de este hecho mediante el vello púbico, mientras que Fenichel (1946) defendía que los orígenes de la habilidad musical debían buscarse en el placer infantil al eructar o al soltar pedos. En la actualidad, todo esto puede parecernos excesivamente reduccionista y absurdo, sin embargo no se duda de que el cuerpo y sus funciones proporcionan el punto de referencia básico para la metáfora: por coger el ejemplo más simple, la redondez tiende a ser un símbolo femenino fundamental, y la rectitud un símbolo masculino. La producción artística es necesariamente física: la mano que traza la línea o el círculo, la voz que habla o canta, el cuerpo que imita. La idea de Freud de que al inconsciente le preocupan los hechos corpóreos fundamentales de la existencia –nacimiento, alimentación, sexo, fraternidad, enfermedad, muerte– que tienden a simbolizarse en los sueños, deseos, fantasías y arte, sigue siendo tan válida hoy como lo era cuando se propuso por primera vez. Además, los teóricos evolutivos contemporáneos defienden ahora que la creación artística puede ser una forma de selección sexual –en definitiva una forma de mostrarse para encontrar una pareja deseable (es decir, que se adapte biológicamente).

Por el contrario, la distinción de Jones (1916) entre la simbolización y la sublimación no ha superado la prueba del tiempo. Parece más prudente considerar la simbolización como una actividad humana universal, que puede estar inhibida en el apego inseguro. El pensamiento metafórico es una función psicológica básica (Ogden, 1997). Rycroft (1985) defendía que el equilibrio entre los procesos primarios y secundarios –entre la capacidad de simbolización y del pensamiento lógico– es una precondición necesaria para la salud psíquica. Criticaba la perspectiva freudiana del inconsciente como "caldero hirviente" dividido por el conflicto y restringido por la repre-

sión. Para él los procesos primarios son la fuente de la creatividad, de la alegría y del placer a los que el individuo con apego seguro tiene un acceso inmediato.

Segal (1991) diferencia entre lo que ella denomina equivalencia simbólica y representación simbólica, ilustrando sus ideas, al igual que Freud, con un comentario sobre la masturbación. Un paciente, violinista, había sido incapaz de tocar el violín desde la instauración de su enfermedad psicótica. Cuando se le preguntó por qué, replicó: "¿Espera usted que me masturbe en público?". Otro paciente, también músico de profesión, había tenido sueños en los que relacionaba la interpretación del violín con la masturbación, pero que no interferían con su capacidad interpretativa. En el primer caso, había existido un error de simbolización, una "equivalencia" simbólica pero no un vínculo metafórico. En el segundo, el paciente disponía de suficiente capacidad reflexiva para poder pensar en sus sentimientos y en su cuerpo y para elaborarlos en la terapia.

En el "modelo tripartito" de Freud (1920), éste consideraba que la mente estaba dividida en tres partes –*ello*, *yo* y *superyo*. Aquí el yo dispone de una función sintética, relacionando al individuo con el principio de realidad al mismo tiempo que tratando de satisfacer los deseos del ello y las prohibiciones del superyo. Desde la perspectiva de las artes, el modelo estructural sugiere que la función del yo es crear formas de expresión mediante las cuales puedan simbolizarse las percepciones y sensaciones que surgen del ello, al mismo tiempo que establece una moratoria sobre las constricciones del superyo. Desde la perspectiva del apego, el "superyo" es el progenitor crítico del niño evitativo. En el apego seguro, la sala o estudio de arte o de música son lugares –espacios winicottianos– donde se relajan las normas sociales corrientes, donde "todo sirve", donde se pueden organizar "desórdenes", donde se permite hacer ruido, hacer gestos sin restricciones, donde se anima a dar saltos y botes o, en el caso del drama, donde puede prescindirse de personajes predecibles a medida que el individuo trate de probar los sentimientos asociados con diferentes personajes.

La capacidad del yo para contener, para mantener unidas las cosas, para crear un espacio mental en el que puedan expresarse los sentimientos es crucial para la práctica artística. Desde la perspectiva del apego, el mundo interno se amuebla a través de las relaciones primarias del individuo, y el yo se transforma imperceptiblemente en la idea del self. La sensación del self surge a partir de las relaciones con objetos, que pueden ser benignos o tormentosos, seguros o inseguros, dependiendo de la experiencia infantil.

Daniel Stern (1985) defiende que la sensación del self surge a partir de las actividades que pueden considerarse como fundamentales para la tarea artística. Este autor considera que la "sintonización" materna es un tema clave mediante el cual el progenitor se adapta a los ritmos de actividad, vocalización o expresión física de la criatura. Así, por ejemplo, una madre puede estar jugando con su hijo en el suelo. El niño puede estar "cantando" de un modo rítmico y la madre puede seguirlo o seguir su ritmo mediante golpes en el suelo –esto es lo que Stern denomina "sintonización trans-modal", se vinculan las sensaciones de vocalización con la sensación kinestética. Esto, defiende Stern, fortalecerá la sensación que tiene el niño de sí mismo como un centro abstracto del ser, no vinculado a ninguna modalidad sensorial, reflejado por la responsividad de la madre. La madre actúa en este caso como un "yo auxiliar", ayudando a crear una "forma" artística temporal a medida que participa en las vocalizaciones de la criatura y le refleja un patrón que no es idéntico al de su propia creación, pero que está suficientemente relacionado ("sintonizado") como para que la criatura comience a percibir quién es "ella".

Esta secuencia de (a) forma, (b) actividad, (c) reflejo e (d) internalización del reflejo es fundamental para las artes creativas y, por lo tanto, para el arte en la terapia. Si el modelo de Stern es correcto, podría retrotraerse hasta la relación yo-tú primaria de la infancia. Descubrimos quienes somos a través de nuestras acciones y obras. Inicialmente se necesita de la presencia parental para modelar la habilidad del niño para usar, en primer lugar, el cuerpo como instru-

mento y después para ofrecer los instrumentos de auto-expresión –la cuchara para golpear, el lápiz para hacer garabatos, la música y el "acompañante" con quien bailar. Posteriormente se crea una dialéctica interna en la que parte del self interactúa con el medio de expresión artística, que, a su vez, es examinado y modelado por una parte más reflexiva del self, la cual, por ejemplo, se cuestionará si algo se percibe como artísticamente "correcto" o no. El arte en la terapia puede ayudarnos a descubrir y fortalecer la sensación del self. El arte siempre es comunicativo, incluso para el artista solitario en su desván. Siempre es un intento por contactar con el self, a través de un medio externo, que en sus orígenes requiere de la presencia de otro. El artista está "vinculado" a su obra como si fuera una persona, pero puede jugar y experimentar con una relación que tiene vida propia y, al mismo tiempo, está enteramente bajo su control.

Este comentario ha avanzado desde la consideración del sentido psicoanalítico del arte –los anhelos edípicos ocultos revelados en la historia de Zweig, por ejemplo– a los elementos fundamentales de la misma producción artística. Ambos disponen de un valor terapéutico central. Mirándose a sí mismo, con ayuda de un terapeuta, en los dibujos o poemas un paciente podría comprender preocupaciones previamente ocultas a su comprensión consciente. Podría descubrir que dispone de profundidades de las que era inconsciente, y sentir una sensación fortalecida de merecimiento y auto-estima a medida que su creatividad comience a ser más accesible. Simultáneamente, el mismo acto de la producción artística crea el contenedor para los sentimientos, contenedor del que ha podido carecer durante su infancia, y generar en el paciente un estado de vinculación consigo mismo y el mundo que ha podido estar atrofiado en el contexto traumático en el que se crió. El arte permite que el objeto sea creado, llorado, agredido, distanciado o transformado en la imaginación, de formas que eran imposibles en el curso de un desarrollo constreñido o abusivo.

A continuación me referiré a un ejemplo específico de interacción entre la experiencia y la creatividad infantil y extraeré algunas conclusiones relevantes para la psicoterapia.

Oda de Wordsworth

Comencemos por algunos breves hechos biográficos. Wordsworth contaba con 32 años de edad cuando escribió *la Oda*, estaba a punto de casarse con Mary Hutchinson y planeaba hacer un viaje secreto a Francia para despedirse de Annette Vallon, a quien había conocido diez años antes en la época de la revolución y con quien había tenido una hija, Carolina, a quien nunca conoció. Su madre había muerto cuando él sólo tenía 8 años de edad, tras lo cual, con la ayuda de su hermana Dorothy, se había convertido en un apasionado amante de la naturaleza.

El conocido epigrama inicial establece pacíficamente la teoría subyacente y el estado mental que, tras muchas luchas y dificultades, alcanza el poema finalmente:

El niño es padre para el hombre
y quisiera que mis días estuvieran
vinculados uno a uno por la piedad natural.

El tema oculto del poema trata de descubrir cómo es posible mantener la continuidad ante la pérdida y el trauma –no sólo inmortalidad en el sentido religioso, sino también en el sentido de "seguir siendo", simbolizado por la idea del espíritu eterno.

La imagen inicial de Wordsworth para representar la pérdida se centra en la visión, tanto en su sentido literal como estático –como en "visionario". Lamenta la pérdida de la "luz celestial" que "Ya no puedo ver".

Allí, a solas, me recorrió un pensamiento de dolor.

¿Era Wordsworth el único preocupado por el dolor o el dolor le acuciaba porque estaba "solo" y era huérfano? En cualquiera de los casos, la respuesta llega de inmediato –quizá con excesiva premura, a modo de pensamiento consolador– casi una intervención cognitivo conductual– que aleja el sentimiento de tristeza en lugar de experimentarlo plenamente, pensar en él y metabolizarlo:

Una declaración oportuna que alivió ese pensamiento
Y vuelvo a ser fuerte

Ciertamente, traduce en palabras su aflicción, convierte el sentimiento en una "declaración", pero de algún modo todo parece demasiado sencillo en esta fase. Y ahí va casi como un peón maníaco: "toda la tierra está alegre", todo el mundo está feliz y contento, hombres y bestias: "Siento la plenitud de tu bienaventuranza". Entonces, una vez más retornan las sombras:

¡Oh día maldito! Si yo estuviera resentido
Mientras la Tierra misma adorna
Esta dulce mañana de Mayo…

Éste es un pensamiento del superyo –"*Cómo te atreves a estropear la alegría ajena con tu desgracia*"–, que, invertido, podría entenderse como la ira del afligido, dirigida contra la madre que lo abandonó y contra el destino que lo "forzó" a abandonar su amor juvenil.

A continuación, por primera vez en el poema, avanza a lo que Britton (1998) denomina su modo "pensativo" a diferencia del maníaco:

… Hay un Árbol, uno entre muchos
Un único campo sobre el que he mirado
Ambos hablan de algo que se ha ido
El pensamiento que está bajo mis pies repite el mismo cuento
¿Adónde ha huido el brillo visionario?
¿Dónde está ahora, la gloria y el sueño?

Sigue habiendo un problema que resolver, sólo el éxtasis no sirve, del mismo modo que, a largo plazo, aferrarse a la base segura tampoco sirve, aunque éste sea necesariamente el primer eslabón. Hay algo que debe ser meditado. Dirige su atención a lo que en principio es una solución puramente intelectual, lo que no equivale a decir que no sea profundamente útil. Es la idea simple pero profunda de que no es al cielo a donde vamos y, por lo tanto, sobre él sabemos muy poco, pero

de donde procedemos, y por lo tanto sobre lo que sabríamos todo, *si sólo pudiéramos recordarlo.* Colaborar en esta reconstrucción del recuerdo es parte de la tarea de la poesía.

"Nuestro nacimiento se va… olvidando", seguro, *pero*
No en el olvido *completo*
Y no en una *expresión* desnuda…
Venimos /de Dios que es nuestra *casa*

Si somos capaces de construir sobre los remanentes del amor pasado seremos capaces de encontrar un hogar, una base segura, que nos ayudará a resistir a la mortalidad y a la pérdida y al cambio y a las rupturas en la continuidad.

¿Pero, por qué destinamos tanto tiempo a tratar de olvidar nuestro pasado celestial? ¿Por qué, volviendo a la imaginería visual, el crecimiento conlleva el desvanecimiento de la visión de la luz en la vida cotidiana? La respuesta de Wordsworth debe ser entendida, una vez más, en términos del contraste entre una solución maníaca y una reflexiva. La tierra es una madrastra, ansiosa por distraer de sus pérdidas a sus hijos adoptivos, ofreciéndoles los "placeres de sí misma", de un modo similar a como trató de hacer Dorothy para consolar a su afligido hermano menor, y vicariamente, ella misma, en el momento de la muerte materna.

A continuación se llega a la octava estrofa, el ápice del poema, donde los sentimientos contradictorios con los que ha estado luchando el poeta se yuxtaponen con más fuerza. Comienza con una repetición de la gran y epigramática paradoja de Wordsworth: el niño como padre, sabio, mejor filósofo, profeta, "el ojo entre los ciegos", alto en su fuerza y libertad, en contraste con su talla física real. Aquí, quizá aún algo maníaco, pero a continuación llega el problema: por qué, ¡oh! por qué,

… con estos fervorosos dolores que tú provocas
Los años traen el yugo inevitable
Así, a ciegas con tu bienaventuranza como arma.

Éste es un *cri de couer* con el que los psicoterapeutas están muy familiarizados: el paciente que dispone de "todo a su favor", pero que es incapaz de valorar lo que le beneficia, y que logra provocar su propia desgracia y la de todos los que le rodean.

El resto del poema constituye la resolución de esta paradoja; una resolución que en sí misma es paradójica, porque se necesita de una paradoja para deshacer otra. Hay alegría:

El pensamiento de los años pasados engendra en mí
La Bendición perpetua …

Sólo porque sabemos que la alegría es transitoria, porque, a diferencia de los corderos y otros animales, nosotros sufrimos y temblamos y experimentamos la pérdida, somos capaces de valorar los débiles recuerdos del "eterno silencio". Si tomamos en serio el sufrimiento, en lugar de evadirlo, el dolor nos permite ver su resolución. Sin dolor no podría haber curación, del mismo modo que en el esquema budista, el primer paso hacia la superación de un sufrimiento consiste en aceptar tal sufrimiento como inevitable. El niño afligido puede mirar más allá de su tristeza a "esos primeros afectos", "ese mar inmortal/que nos trajo hasta aquí", y saber que fue amado, y que esa memoria del amor no le puede ser arrebatada.

Y en las dos estrofas finales, finalmente el tono del poema se convierte en relajado y elegíaco. Con esta recientemente hallada seguridad, el poeta no necesita apresurarse para imitar a los corderos, sino que puede unirse a ellos "en el pensamiento". Puede aceptar que aunque nada le devolverá la "hora de esplendor en la hierba, de gloria en la flor", ya no tiene necesidad de afligirse. El sufrimiento, transformado de este modo, se convierte en tranquilizador. La "mente filosófica" es capaz de ver "a través de la muerte".

Esta nueva perspectiva, que incluye y acepta la pérdida, va más allá de la misma a algo más profundo. El objeto puede ser reasegurado. El "vaivén habitual" de la Naturaleza cotidiana puede disfrutarse sin ambigüedades, quizá ya no puede ser adorado apasionadamente, pero tampoco odiado por recordar al poeta cómo fueron las cosas

antes y que nunca volverán a ser así. El poeta ha "atravesado" (tal y como lo decía Lawrence), ha ganado sus manos en una lucha en la que el único modo de ganar consiste en perder, y saber lo que uno ha perdido –repetido 150 años más tarde por Bob Dylan cuando canta "no hay ningún éxito como el fracaso/ y el fracaso de ningún modo es un éxito". La flor que mece el viento nos recuerda que el cambio no cambia. La humildad, el miedo, la empatía por la naturaleza, la aceptación de la transitoriedad, nos lleva a una localización "demasiado profunda para las lágrimas". Independientemente del caos o de la ira por la pérdida que nos rodea, existe un "puerto del cielo" con el poder de calmarnos y acogernos, y de hacernos progresar hacia un estado de aceptación y no apego que está más allá del sufrimiento. En definitiva, cuando nos acogemos al cambio somos nosotros quienes nos ayudamos a superar nuestra vulnerabilidad al cambio.

Poesía y psicoterapia

En este apartado desearía establecer algunos vínculos entre la poesía y la psicoterapia derivados de las reflexiones sobre la Oda. En primer lugar, es importante aproximarse a la poesía, al igual que a los pacientes, "más allá de la memoria y del deseo". Nuestra tarea inicial consiste en abrirnos al poema tal y como es, sintonizarnos y acompasarnos a él y tratar de introducirnos en la mente del poeta, sin imponer nuestros propios modelos o preconcepciones, viendo el apego evitativo aquí, la defensa maníaca allá, etc. Tal teorización es permisible, pero sólo después de haber captado el poema (o al paciente) en sus propios términos.

En segundo lugar, la poesía se basa en palabras, pero palabras usadas de un modo muy especial. Para Lacan (1997), la palabra es la espada edípica paterna que categoriza y separa, y que impide la fusión narcisista primaria del sujeto y el objeto, de la madre y el niño. Por lo tanto, nos hallamos ante otra paradoja: la poesía usa palabras para re-establecer esa unidad pre-verbal. Los recursos de la poesía para establecer tales conexiones son la rima, el ritmo, el metro, la repetición y, sobre todo, los símiles y las metáforas, las cuales, de

diferentes formas, alcanzan más allá de la división entre las palabras, re-estableciendo la conexión –o el apego. Esto ocurre al nivel del significado, pero también fisiológicamente. La rima y el ritmo vinculan los cuerpos a lo largo de estaciones que los separan, evocan los sonidos tranquilizadores de los progenitores con sus criaturas y los "mmms…" y "veamos…" de los psicoterapeutas con sus pacientes.

En tercer lugar, tanto en la poesía como en la psicoterapia, existe una dialéctica entre la forma y el contenido –una firme, el otro de final abierto. Al igual que la psicoterapia, la poesía crea una estructura, un contenedor, una serie de reglas y parámetros que permiten que los sentimientos surjan espontáneamente. La poesía, al igual que la terapia dinámica, es un recurso para generar "sentidos emergentes". La "dificultad" parece inherente a este proceso. A diferencia de la prosa, en la que el sentido suele ser manifiesto y transparente, debemos esforzarnos para comprender un poema con sus implicaciones y reverberaciones latentes concentradas. He debido leer la Oda muchas veces, pero aún hay apartados que me resultan oscuros y que se resisten a la explicación. Descifrar un sueño puede ser igualmente difícil; y ¡cuántas veces concluimos una sesión con un paciente y nos decimos "Realmente no he entendido qué es lo que estaba ocurriendo aquí"! Este aspecto de responder tanto a la poesía como a lo que ocurra en la psicoterapia puede verse desde la perspectiva del apego como el equilibrio cambiante entre la desorganización y la coherencia. Debemos ser capaces de tolerar la oscuridad del poema, y el consecuente sentimiento en el lector de ruptura y fraccionamiento de los significados, seguros en nuestra "capacidad negativa" y en el conocimiento de que aparecerá una resolución si le concedemos el tiempo, la atención y la fe necesarios. Con los pacientes, de forma similar, debemos sintonizarnos a sus sentimientos y a los nuestros, sin saber previamente qué "sentido tienen" o cómo se adaptan a un esquema predeterminado.

Un poema, que surge de la "nada", se convierte en un objeto en sí mismo con el que el poeta, y posteriormente el lector, establece una relación. El poeta/lector habla al poema, y el poema responde al poeta/lector: "mis palabras se reproducen en mi mente". Un poema es un

producto, pero una vez que las primeras palabras se encuentren sobre el papel, tiene vida propia con la que el escritor/lector puede relacionarse. Surge un diálogo a partir de donde sólo había silencio, vacío, soledad. Escribir poesía, al igual que acudir a psicoterapia, puede ser considerada como una actividad "narcisista", incluso autoindulgente, pero ambas recurren al narcisismo para superar el narcisismo –como decía Jung, en primer lugar hemos de descubrir nuestro self antes de que lo perdamos. Con ayuda del terapeuta, el paciente de psicoterapia comienza a aprender a hablar consigo mismo y a escucharse. Donde previamente sólo había un "borrón" –tal y como se describen muchos pacientes a sí mismos y sus desgracias– aparece un sujeto y un objeto.

¿Pero dónde ha de encontrarse este objeto? Ciertamente no "sobre una página", como tampoco podemos buscar la música que escuchamos en una partitura. El poema existe en un espacio interno, proyectado, como si fuera en una pantalla interna dentro de la mente. La poesía se ve y se escucha en el ojo y oído internos; para entender un poema, debemos ser capaces de "ver" su significado, de escuchar su música, dar vida dentro de nosotros mismos a su imaginería visual y auditiva. Del mismo modo, en psicoterapia al paciente se le pone en contacto con su mundo representacional, donde se proyectan sus auténticos sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre los que le rodean.

¿Qué tipo de cosa u "objeto" es un poema? No está completamente "ahí sobre la página", ni tampoco "aquí dentro en la mente" del poeta/lector (en definitiva, un poema debe ser comprensible en algún nivel, es decir, disponible para el escrutinio y evaluación externos). Puede describirse como un "objeto externo-interno", un "objeto del self" (Kohut), un "objeto transicional" (Winnicott), un "tercer poético" (Ogden) que surge a partir de la inter-subjetividad del poeta y del lector. En el lenguaje de este libro, sus ritmos y música le confieren las características de una base segura porque dispone del poder para apaciguar, pero también para contenerse y sostenerse con firmeza ante los poderosos y, muchas veces, insoportables sentimientos. Este "tercer poético" es una ampliación de la idea de Ogden sobre el "ter-

cer analítico", la relación transferencial que es simultáneamente un hecho real y también una ilusión creada por la mente del paciente.

En terapia, como en la poesía, existe una idea del "movimiento" a medida que el poeta lucha con el sentido emergente de su poema, y el paciente en el curso de la psicoterapia, tanto en cada una de las sesiones como a lo largo del tiempo. En el pensamiento kleiniano, este movimiento transcurre a lo largo de un continuo que oscila entre la posición paranoide-esquizoide y la posición depresiva. Britton (1998) entiende que Wordsworth progresa desde una identificación maníaca con la naturaleza como escape de su dolor mental, a una posición depresiva caracterizada por la aceptación reflexiva y más distanciada del dolor y de la alegría.

Sin embargo, a mi entender, el pensamiento kleiniano que considera la aceptación de la pérdida como elemento clave para la maduración psicológica, simplifica excesivamente el proceso. En el centro de la posición depresiva existe una paradoja, o por lo menos una dificultad, que fácilmente puede ser pasada por alto. ¿Cómo llegamos a ver que el objeto que odiamos y el objeto que amamos son uno y el mismo, que la tristeza y la alegría suelen ir acompasadas, que sin dolor no puede haber felicidad? En primer lugar, esto no es sólo un movimiento intelectual, como tampoco lo fue que Wordsworth saliera de su dilema mediante su idea de que venimos del cielo en lugar de dirigirnos a él. Él sigue necesitando *sentir* que su camino está libre, como también lo necesitan nuestros pacientes. En segundo lugar, existe una desgracia inherente en la reconciliación de los contrarios. Avanzando de Wordsworth a T.S. Eliot (1952), por una parte:

> El tiempo pasado y el tiempo futuro
> Lo que hubiera podido ser y lo que ha sido
> Apuntan en una dirección, que siempre está presente

Independientemente de cuáles sean nuestras esperanzas y fantasías, nuestras acciones y logros, al fin, todo lo que tenemos es el momento presente. Por otra parte:

Si todo tiempo está eternamente presente
Todo tiempo queda sin redimir

Sin conocimientos de historia, de cómo hubieran podido y podrían ser las cosas, la redención (o la cura psicoterapéutica) es imposible. Por último,

El tipo humano
No puede soportar mucho la realidad.

Como Freud auguraba "la neurosis es, en esencia, una forma de evadirse de la realidad". La poesía y una preocupación por el mundo interno pueden constituir un modo de evadirse de la realidad, pero también pueden proporcionarnos la fuerza y la seguridad que necesitamos para enfrentarla. Debemos ser precavidos para no sobre-enfatizar la "realidad" de la pérdida, a expensas de la realidad interna de nuestros apegos que se derivan de las relaciones y de la creatividad. La poesía y la psicoterapia crean objetos transicionales, objetos del self o una base segura interna.

Desde la perspectiva del apego, al igual que para Wordsworth, la pérdida está siempre equilibrada con la conexión. Sin la presencia contenedora y posteriormente la representación interna del terapeuta o del poema, o de la idea de que aún seguimos la pista de algunas nubes residuales de gloria, el movimiento de la posición paranoica a la posición depresiva es imposible. Sin el tercer analítico o tercer poético, el afligido está estancado en su nihilismo y su narcisismo. Con ayuda de una base segura poética podemos relajarnos suficientemente para poder escuchar los pasos de nuestra memoria y seguirlos a lo largo del sendero que nos conduce al jardín de rosas. La psicoterapia no es una adaptación horrible o severa a la pérdida. Al igual que la poesía, la psicoterapia nos pone en contacto –fisiológica, emocional y cognitivamente– con nuestro "primer mundo", de modo que, con un poco de suerte, podamos vivir más plenamente nuestro "segundo mundo".

Los usos del arte en la terapia

¿Cómo se relaciona todo esto con la práctica real de la terapia? El terapeuta analítico podría discutir que no *necesita* de materiales artísticos, diarios, historias o poemas, porque todo lo que dice o hace el paciente es un tipo de poesía inconsciente, cuyo desenmarañamiento es su trabajo fundamental. Centrar la atención en dibujos o piezas musicales podría ser una distracción para esta tarea, una *representación* por parte del terapeuta que podría ser contra-terapéutica si ello permite al paciente ocultarse tras sus obras en lugar de enfrentarse a las ansiedades interpersonales. Incluso la interpretación de los sueños, tan próxima al núcleo del psicoanálisis, debe ser considerada con mucha prudencia, porque los comentarios indefinidos sobre los sueños, en ocasiones, no elaboran mensajes evidentes del inconsciente, sino una evitación de los aspectos dolorosos de la relación terapéutica –ira, envidia, decepción o amor no declarado.

Evidentemente, muchos pacientes que participan en terapia a largo plazo aportan poemas, dibujos u otros materiales a las sesiones. Sería grosero y absurdo que el terapeuta los ignorara. Acudir a terapia pone a los pacientes en contacto con sentimientos previamente no metabolizados. La experiencia de ser contenido en la terapia aporta un modelo que el paciente, en ocasiones, prueba consigo mismo; el arte o la escritura, como ya se ha sugerido, son en sí mismos un espacio de contención para mantener y pensar en estos sentimientos.

El terapeuta analítico, por lo tanto, podría señalar que aunque el acceso a la creatividad suele ser muchas veces señal de progreso en la terapia, es algo periférico para el proceso analítico mismo. El intercambio analítico es, como tal, una actividad creativa –un "juego de garabatos verbales" que requiere de la espontaneidad tanto del terapeuta como del paciente. Sin duda, hay ocasiones en las que el arte de las obras participa en este proceso. A modo de ilustración se presentan dos ejemplos.

Muñecas rusas

Alison, mencionada en el Capítulo7, había participado durante 8 años en terapia analítica. Con una vida aparentemente satisfactoria, sufría de depresión y le costaba vivir en soledad felizmente o mantener relaciones cercanas. Recordaba con mucho detalle cómo había ridiculizado su padre un dibujo que ella había hecho en el colegio y del que ella se sentía orgullosa. Habitualmente trataba de agradar al terapeuta, mientras que secretamente trataba de manipularlo para que éste le diera el amor y las alabanzas que ella tanto deseaba. Gradualmente fue mejorando y comenzó a pensar en la finalización de la terapia. En la cita previa al descanso de Navidad, en la que determinó que la terapia concluiría en Semana Santa, llegó con un regalo para el terapeuta. Él lo agradeció, y manifestó que lo abriría más tarde y, recurriendo a las técnicas analíticas estándar, la invitó a que hablara del sentido del regalo. Alison insistió en que debía abrirlo en ese momento. Lo hizo. Consistía en una cesta de muñecas rusas. "Ábralas" insistió. Entonces, ella comenzó a describir que había encontrado las muñecas rusas en una tienda de baratijas y que había comprobado que la muñeca más pequeña estaba rota. Usando arcilla de modelar y pintura la había arreglado, de modo que el arreglo era casi inadvertible.

Éste fue un momento decisivo de la terapia. Alison había sido capaz de mostrar cierta asertividad; la muñeca simbolizaba y sintetizaba el trabajo que se había realizado durante años. Las muñecas externas equivalían a sus formas de ser falsas, efectivas, pero incapaces de sostenerla cerca de los demás o de mantener su auto-estima. El trabajo de la terapia se había centrado alrededor de la necesidad de reparar a su "niña interna", afrontando la imposibilidad de modificar el daño que ya estaba hecho, pero que, aunque siguiera herida, se sentía ahora mucho más completa.

En este caso el recurso a un material espontáneamente introducido en el marco analítico había tenido resultados beneficiosos. El terapeuta había protegido su técnica pero fue suficientemente flexible (y humano) para adaptarse a las necesidades del momento. En este ejemplo, fue la paciente quien introdujo el arte en el tratamiento. En el siguiente ejemplo, el terapeuta fue quien lo hizo.

El anciano marinero

Oliver, mencionado por primera vez en el Capítulo 4, salió una semana de vacaciones con su esposa. A su vuelta señaló que los primeros días habían sido bastante malos y que se había sentido bastante bloqueado por su esposa. Entonces tuvieron una riña, en cuyo curso él había reconocido repentinamente cuán terrible debía de ser para ella vivir con él. Se sentía pleno de compasión por ella y, en sus propias palabras, "las barreras cayeron repentinamente" y la pareja fue capaz de mantenerse unida durante el resto de las vacaciones. Mientras atendía a su historia el terapeuta recordó el conocido pasaje de la Rima del *Anciano Marinero* de Coleridge, en el cual el sediento e insomne marinero, cargado de sentimientos de culpabilidad por todos sus compañeros de viaje muertos, ve serpientes de agua en el mar y, en un momento de compasión por estas criaturas, las "bendice". En ese momento, el Albatros liberado cae de su cuello, él vuelve a ser capaz de dormir, el viento se restablece, llueve y sus compañeros de viaje se despiertan de su lecho de muerte. Las serpientes, símbolos de maldad, se ven inmediatamente como criaturas vivientes inocentes, simbolizando quizá a la propia maldad proyectada del marinero con la que éste ha llegado a unificarse. Cuando se perdona a sí mismo, se alivia su depresión.

Todo esto parecía coincidir tan bien con la crisis de Oliver, que el terapeuta se arriesgó a contárselo al paciente. Afortunadamente, Oliver fue capaz de responder, y comparó su presentación anterior con el anciano marinero que se aferraba a cualquiera que estuviera dispuesto a escuchar su historia. A

medida que procedió la terapia, la expresión "una situación del anciano marinero"se convirtió en la contracción para referirse a varios estados emocionales de culpabilidad y desesperación, pero también, por antonomasia, de compasión y de la posibilidad de salida de la depresión.

La finalidad de estos ejemplos es mostrar que, nos guste o no, algunos aspectos del arte se infiltrarán en el trabajo psicoanalítico. Los pacientes, con mucha frecuencia, harán uso del arte como contenedor de sentimientos, especialmente aquellos que dispongan de un régimen de sesiones semanales y no puedan disponer de la ayuda terapéutica continua. Un tema que se ha mencionado a lo largo de todo el libro es la diferencia entre la presencia real de una base segura y la necesidad de proximidad física en los momentos de angustia, y la idea de una base segura "interna" o representacional que puede producir en sí misma el efecto tranquilizador, o llevarnos a la proximidad emocional con las personas queridas, entre las que pueden hallarse los terapeutas. El arte se encuentra en una zona intermedia entre ambos: una obra es un objeto físico, pero su valor está en su poder emocional para calmar y conferir sentido a la experiencia rudimentaria. Por ello, el arte puede ser una base segura interna/externa. En el próximo capítulo veremos que el apego al dinero puede desempeñar un papel igualmente ambivalente en la psique.

11 Dinero y psicoterapia

Según Freud (1913), "Las personas civilizadas tratan las cuestiones relativas al dinero de forma similar a como tratan las cuestiones sexuales, con la misma incoherencia, mojigatería e hipocresía". Desde una perspectiva evolutiva, esto no es extraño: las personas exagerarán o disimularán sus recursos ante los demás bien para obtener algún beneficio o para prevenir ataques de envidia.

Por lo tanto, el dinero equivale a seguridad, y el modo en que las personas se relacionan con el dinero suele ser poderosamente indicativo de los estilos de apego: los individuos evitativos, para quienes el dinero "no significa nada", los tipos ambivalentes que se aferran a su tesoro, las personas desorganizadas para quienes las dificultades económicas parecen inextricablemente vinculadas a sus problemas psicológicos. En este capítulo, especularemos sobre el significado del dinero en general y específicamente en terapia, teniendo siempre presente tal clasificación.

El dinero es una de las mayores invenciones de la civilización, comparable al descubrimiento del lenguaje escrito, al fuego o a la rueda –aunque afirmar esto de forma tan categórica resulte inquietante para una mentalidad puritana. El dinero es fundamentalmente un medio de intercambio, y las relaciones humanas se basan en el intercambio. Madre y bebé intercambian sonrisas, los progenitores intercambian las

responsabilidades de amarse y de criar para favorecer la supervivencia genética. El intercambio permite hacer un buen uso de la diversidad de la raza humana. Uno intercambia los frutos de su trabajo con los frutos del otro; yo me beneficio de las destrezas y oportunidades especiales del otro y viceversa. Pero para que yo pueda rascar la espalda del otro y éste pueda hacer lo propio con mi espalda, necesitamos una proximidad física, que es muy agradable, pero que también impone unos límites muy severos sobre ésos con quienes el intercambio es posible. El dinero amplía el alcance del altruismo recíproco y permite que el intercambio tenga lugar sin proximidad física y entre extraños. Pero el dinero también objetiviza las diferencias arbitrarias entre las personas, generando envidia y avaricia como consolación para el vacío o la pérdida. El dinero nos reúne y simultáneamente nos aliena de los demás y de nosotros mismos.

El intercambio simple o trueque precede a la existencia del dinero y se produce en sociedades que no usan dinero o incluso entre los primates no humanos –sociedades a las que, cuando la corrupción se hace tan visible, el capitalismo último desearía volver. La introducción del dinero en el sistema permite que el intercambio se amplíe en el tiempo y en el espacio. Yo te doy algo, a cambio tú me das dinero en lugar de bienes; yo puedo "cobrar" mi regalo cuando quiera y con quien quiera. El dinero convierte la aritmética en álgebra; el dinero es la "X" universal en la ecuación del intercambio, un pez de Babel (Adams, 1978) que permite convertir un bien en otro, sin ningún esfuerzo.

Con anterioridad al siglo XX, el dinero podía definirse como un objeto de valor transportable que es convertible en otros objetos de valor (la propiedad transportable de Wemmick; Dickens 1861/1994). Así, el dinero es deseable en sí mismo –un objeto– *y* también un símbolo. Comparándolo con el lenguaje, dispone de propiedades onomatopéyicas y de sentido abstracto. La protesta social cuando Gran Bretaña "salió del mercado del oro" marcó un hito en cuanto que el dinero dejaba de ser un objeto en sí mismo y se convertía en puro símbolo. En la actualidad, el dinero no es tanto oro en el banco o en un calcetín bajo el colchón, sino papel, plástico y un parpadeo electróni-

co. Al igual que la diferencia entre el apego físico y el emocional, el dinero ha dejado de ser una cosa para convertirse en una idea.

Aunque en el inconsciente los sentidos se intercambian con entera libertad, para Freud el cuerpo con sus impulsos era el significado al que podrían atribuirse finalmente todas las transformaciones proteicas de sentido. De modo similar, el dinero dispone de una característica universal "real", en cuanto que siempre implica *cantidad*, y éste es su último punto de referencia. En relación al dinero, siempre estamos interesados en "¿cuánto?". Por lo tanto, el dinero es una *medida* de algo: cuán grandes somos, cuán buenos somos, cuánto valemos, cuán poderosos somos, cuánto amor nos merecemos. Pero incluso el valor no siempre es equiparable a una cantidad –podemos tener exceso de algo bueno. El dinero puede ser igualmente una cosa "buena" o "mala", y esto se aplica a la psicoterapia al igual que a cualquier otra esfera. Analicemos a continuación los aspectos positivos y negativos del dinero en relación a la psicoterapia.

En alabanza del dinero

Graham Greene (1955: 162), en su obra *The Quiet American*, manifiesta provocadoramente:

> Habían sucumbido a la corrupción del dinero y él a la del sentimiento. El sentimiento era lo más peligroso porque no se podía determinar su precio. Bajo la influencia de cierta cifra, se puede confiar en un hombre dispuesto a ser sobornado, pero el sentimiento puede desenrollarse en el corazón ante un nombre, una fotografía o incluso ante el recuerdo de un olor.

Para Greene, como católico, la corrupción (es decir, pecado) es inevitable –lo cuestionable es la forma que adoptará tal corrupción. En este pasaje, Greene sugiere que el dinero ofrece un marco más seguro para la moralidad que la ideología o el "sentimiento". Lo mismo es aplicable a la psicoterapia. Un terapeuta que atienda a sus pacientes por amor será mucho menos previsible y profesional que

uno para quien exista un contrato financiero razonable. Los terapeutas que abusan sexualmente de sus pacientes manifiestan muchas veces que sólo estaban respondiendo a la necesidad de proximidad de sus pacientes o que trataban de ayudarles a superar sus inhibiciones sexuales –siguiendo a su "sentimiento" o instinto de que sus pacientes necesitaban ayuda sexual. Pero tales terapeutas son altamente selectivos en sus favores, y nunca los proporcionan a todos los pacientes por igual, independientemente de su género o su atractivo –están impulsados por el "sentimiento" y no por el dinero.

La perspectiva del apego con respecto al intercambio defiende que, a pesar de la discrepancia de poder entre quien ofrece las atenciones y quien las solicita, siempre existe un intercambio de algún tipo. En definitiva, el progenitor ofrece una base segura al niño a cambio de la supervivencia genética (véase Capítulo 3). Del mismo modo, el intercambio financiero es parte del marco de una terapia segura, semejante a la necesidad de regularidad en el tiempo y en el espacio y de coherencia del enfoque. En la práctica privada, esto constituye una parte explícita del contrato terapéutico. En las terapias impartidas en instituciones públicas, a los pacientes que muestran un exceso de gratitud, preocupados quizá porque están obteniendo "algo a cambio de nada", en algunos casos conviene recordarles que la Seguridad Social les concede el derecho a recibir un tratamiento, que ellos ya han pagado de su salario con sus aportaciones o sus impuestos y que, si no estuvieran enfermos y no nos "molestaran", no dispondríamos de trabajo.

En la práctica privada, los pacientes deben saber que los terapeutas no les admiten en terapia como forma de asegurarse el sustento y que, si se vieran obligados a escoger entre los mejores intereses del paciente y los propios, el terapeuta siempre optaría por los primeros. Reick (1922) relata la historia de un millonario que le ofreció seguridad económica indefinida a cambio de una sesión terapéutica diaria. Al principio se sintió tentado por la oferta, que le hubiera permitido dedicar el resto de su vida a investigar y a escribir, pero reconociendo que este arreglo comprometería en gran medida su libertad terapéutica, la rechazó.

La terapia ofrecida por instituciones públicas parece ofrecer más posibilidad de una práctica desinteresada. El terapeuta puede ser tan duro como crea conveniente con el paciente, sabiendo que su salario no depende directamente de ningún caso particular. Pero la eliminación de los vínculos económicos directos entre el terapeuta y el paciente puede generar una arrogancia terapéutica (de ahí la necesidad de evaluar y controlar la efectividad de la terapia); y las relaciones amistosas confabuladas ofrecen atractivos que van más allá de lo meramente económico.

¿Qué es lo que pagan los pacientes de psicoterapia?

¿Cuál es el "producto" que ofreceremos a nuestros pacientes a cambio de su dinero? Un paciente acude a terapia buscando una salida a su alienación o un alivio a su dolor mental. Un terapeuta es, en esencia, un extraño, alguien que está "fuera del sistema" en cuyo seno el paciente se siente atrapado, un sistema con frecuencia experimentado como limitado por lo instrumental y por el poder del dinero. Los pacientes esperan que la terapia les restablezca para ser ellos mismos otra vez. Son más o menos conscientes de la necesidad de una atención exclusiva imparcial, un interés benigno y la capacidad para establecer límites que es nuestro derecho biológico de nacimiento y del que han carecido en muchos momentos de sus vidas. Puede parecer curioso que el mensaje de la terapia sea, en muchas ocasiones, doloroso –aprender a afrontar la pérdida y la separación es algo intrínseco a la mayoría de los resultados satisfactorios de la terapia. Pero las personas pagarían casi por cualquier cosa que les fuera útil para lograr mayor autonomía y capacidad para sentirse más profundamente: la escalada, la dolorosa adquisición de las destrezas musicales o la psicoterapia.

El paralelismo de los talentos subraya el poder transformador del dinero: puesto a trabajar, el dinero puede multiplicarse por miles; enterrado para garantizar su seguridad, se malgasta o pierde valor. Para que la terapia tenga éxito, los pacientes deben acometer riesgos e invertir algo de ellos en la misma –tiempo y compromiso como

mínimo y, en la práctica privada, también dinero. La terapia es "trabajo" en cuanto que implica la necesidad de aplicar esfuerzo para que se produzca algún cambio. La resistencia es central y la resistencia implica una labor. En el curso de la terapia, el paciente puede descubrir algo que "el dinero no puede comprar", pero en nuestra sociedad el dinero es la metáfora del valor por excelencia (Haynes & Wiener, 1996). A menudo durante la evaluación pregunto a los pacientes qué es lo que escogerían si tuvieran un deseo concedido, o si un hada madrina pudiera concederles lo que quisieran. Algunos lo entienden inmediatamente, otros se quedan en blanco. Desde los comienzos de la Lotería Nacional, sin embargo, cualquiera entendería si le preguntara qué es lo que haría si su número fuera el agraciado.

La terapia suele acabar cuando el paciente siente que el "producto" de su inversión ya no justifica el desembolso y que puede hacer un mejor uso de su dinero. Muchas veces cuando los pacientes acuden a terapia, han perdido el contacto con sus recursos –sus talentos; hacia el final suele haber un sentimiento de excitación ante la perspectiva del excedente que quedará ahora y que hasta el momento ha estado consumiendo la terapia. Una base interna segura ha sustituido la necesidad de una externa en forma de terapia.

Los comentarios realizados hasta el momento ilustran la universalidad de la metáfora del dinero. El dinero representa tanto la realidad –la realidad que salvaguarda los límites de la terapia– como los sueños que surgen dentro del espacio seguro cercado por tal límite. El pago de la terapia neutraliza la omnipotencia del paciente y del terapeuta: el terapeuta no es tan maravillosamente "bueno" que no necesite recompensa por un tratamiento que depende de sus destrezas y de sus habilidades personales, y el paciente no es tan magistral como para que el terapeuta le trate a cambio de nada. Dentro de ese marco todo es posible; la fantasía está constreñida por la realidad, uno de cuyos componentes claves son los honorarios.

En algunas ocasiones se compara la terapia con la prostitución. Quizá la atención o "amor" del terapeuta no sea nada más real que el intercambio temporal de su cuerpo que la prostituta hace a cambio de dinero. ¿Qué diferencia existe entre la prostituta que concluye su

"sesión" diciendo "¡se acabó el tiempo, cariño!" y el terapeuta que interrumpe con mucha cautela la angustia el paciente para anunciarle que es hora de acabar, tratando de sugerir que otro paciente le espera, sin mencionar los honorarios a pagar? Entre ambas situaciones hay paralelismos obvios, pero también diferencias vitales. La prostituta, como todos los profesionales, debe dividir su self privado del self profesional. Puede sentir miedo, dolor, asco, odio, aburrimiento o cansancio, pero estos sentimientos deben ser ocultados al cliente para que ella pueda seguir interpretando su rol. Por el contrario, al terapeuta se le pide que preste atención a sus emociones contra-transferenciales y que haga uso de las mismas al servicio de la terapia. Para ser efectiva, la prostituta debe abandonar su autenticidad; el terapeuta debe ser tal como es.

Un burdel es el lugar donde la fantasía se convierte en representación. En la consulta, este proceso se invierte: el paciente aprende a distinguir entre fantasía y realidad y a sustituir el pensamiento por la acción. Algunos pacientes, especialmente los que han sido víctimas de abusos sexuales, se aproximan al tratamiento como si se tratara de una forma de prostitución. Algunos se ofrecen al terapeuta, con la esperanza de que si adivinan todas sus necesidades, lograrán la atención y la admiración que tanto anhelan, incluso a expensas de prostituirse a sí mismos. Otros contemplan todo el proceso como una forma de puterío; sólo pueden verse a sí mismos como uno en la cola de los clientes, acusando al terapeuta de traición y crueldad porque cambia su atención promiscuamente de la angustia de una persona a la de otra, a medida que transcurre el tiempo.

El terapeuta debe ser sensible a todas estas formas a través de las cuales el dinero influye sobre la matriz de la terapia, sin negar el hecho de que hacer terapia es un trabajo por el que espera recibir un salario. El terapeuta que insiste en que lo hace "por amor" corre el peligro de confabularse con la fantasía infantil de posesión exclusiva de la madre, basado quizá en sus propias necesidades de apego ambivalente. El dinero, como el lenguaje en el marco lacaniano, es el garante de la realidad edípica. Aquí, el dinero equivale al poder del padre para resistir las fuerzas regresivas. Pero no sólo es el terapeuta

y el resto de los pacientes quienes tienen el poder para separar al individuo del deseo de su corazón; el hecho de que el paciente pague, directa o indirectamente, aporta un empuje evolutivo hacia una diferenciación que constituye el lado positivo de la situación edípica.

El vil metal

Si la negación del dinero equivale a la negación de la psicología de tres personas, la sobrevaloración del dinero es igualmente fraudulenta y conlleva peligro psicológico. Midas descubrió que el dinero no podía comprar el amor –no podemos comer ni beber oro, ni nos ayudará a calentarnos, ni a dormir plácidamente tumbados sobre él. Para San Pablo no era el dinero sino el *amor* por el dinero, la raíz de toda maldad. El dinero y el amor son dos reinos diferentes: es peligroso confundirlos. Cuando Cristo dijo "rendirse ante César", subrayó su comentario señalando una moneda que llevaba impresa en una de sus caras la cabeza de César. No debería confundirse a Dios con César. ¿Pero qué ocurre si César se convierte en Dios? Esto es lo que Marx (Bottomore & Reubel, 1963) consideró como la esencia del capitalismo. En su comentario sobre *Timón de Atenas* muestra cómo Shakespeare representa al "esclavo amarillo", el "precioso oro reluciente". El dinero no es sólo la tierra; es la tierra transformada por el trabajo. Marx contempló tanto la cualidad transformativa del dinero como su capacidad perversa:

> … la transformación de todas las cualidades humanas y naturales en su contrario, la confusión e inversión universal de las cosas; confraterniza a los incompatibles… Es la prostituta universal, la celestina universal… el poder divino del dinero reside en su esencia como estilos de vida alienados y exteriorizados de los hombres… Lo que yo como hombre soy incapaz de hacer… me es posible a través del dinero. Por lo tanto, el dinero convierte cada una de estas facultades en algo que en sí mismo no lo es, en su contrario.
>
> (Bottomore & Reubel, 1963:181)

Para el joven Marx el dinero interrumpe el orden natural, del mismo modo que para Lacan el lenguaje aleja al bebé eternamente del reino del auténtico deseo. Ambos retienen una visión prelapsariana que es "pre-edípica", y, en palabras de Fenichel (1946), "pre-pecuniaria". La deificación del dinero es una respuesta perversa al vacío pre-edípico. Si no puedo disponer de amor, entonces como mínimo tendré dinero; mi gula insatisfecha se convierte en codicia por el dinero a medida que amaso mi fortuna; buscando riquezas consigo, por lo menos, privar a otros de los bienes de los que imagino que disfrutan. En la obra *Ciudadano Kane* de Orson Wells, todo el dinero de Kane no logra recuperar a Rosebud del fuego, pero como mínimo le consuela de su pérdida e, incitando la envidia ajena, castiga al mundo por el dolor que le ha ocasionado. Aquí el dinero se ha convertido en una base segura patológica que compensa la carencia de una seguridad y una sintonización reales.

En terapia, el amor sin dinero es una ilusión, una negación de la realidad edípica; el dinero sin amor es un esfuerzo perverso por compensar el fracaso pre-edípico. Los terapeutas cuyo único interés sea el económico no lograrán alcanzar los anhelos más profundos de sus pacientes; los terapeutas que finjan que el dinero no les preocupa se arriesgan a confabularse con la negación de la realidad. El dinero pertenece a la fase edípica y al adviento del padre en la mente del niño. El mundo pre-pecuniario es maternal, pre-edípico. Necesitamos experimentar un amor ilimitado –y sus límites.

La paradoja del dinero es que puede *ser* la realidad, pero simboliza la fantasía. Para que surja algo nuevo, se necesita que estos dos principios se relacionen. El sexo es "gasto" –y en la cima de la pasión nos deja "gastados"– pero lo que produce es algo que no es sólo sexo. Se necesita dinero para cada nuevo nacimiento, pero el dinero que sólo engendra dinero es estéril.

En un fragmento típico de brillantez analítica, Ferenczi (1952) trazó los orígenes del amor por el dinero desde la excitación e interés del bebé por los excrementos (su primer regalo), a través del juego con barro y arena, pasando por la recopilación de piedras hasta que el paciente coprofílico se convierte en avaro que admira su montón

de oro. ¡Sugiere incluso que el amor a la música puede tener sus orígenes en el acto de pedorrear! Estas teorizaciones del psicoanálisis clásico son una manifestación del universo monádico del primer Freud. La música sólo puede surgir del propio cuerpo del niño y no del patrón interactivo de cantar y acunar de la díada madre-bebé, por no mencionar la habilidad genética y el condicionamiento social. Una perspectiva del apego considera que el mundo del bebé es interactivo desde el comienzo. Ni el amor ni el dinero pueden entenderse fuera de las relaciones. Lo esencial es el simbolismo del uso que se da al objeto, sus coordenadas relacionales, y no el objeto mismo. El modo en que la persona *gestiona* su dinero –o su sexualidad, o su actitud hacia la muerte– se convierte en el principal foco de interés.

Por lo tanto, la negación del sentido del dinero puede representar un deseo regresivo por volver al estado pre-pecuniario de la absorción mutua madre-bebé. La acumulación de dinero podría ser una manifestación de una tendencia más general a aferrarse a los objetos basada en patrones de apego inseguro de la infancia. En el modelo kleiniano contemporáneo, la negociación de la situación edípica depende de la capacidad para afrontar la separación y para ver a la pareja de los progenitores desde el exterior con cierta ecuanimidad. Quizá se encuentren aquí los orígenes de la capacidad para entender álgebra y, por lo tanto, para intercambiar dinero productivamente, porque el niño puede identificarse con uno de los progenitores o con el otro, y comenzar a sentir que las posiciones familiares son intercambiables.

Algunos pacientes insisten en pagar, normalmente con dinero, al final de cada sesión. Éstas son personas que nunca pueden olvidar el dinero. La factura mensual permite a uno abandonar temporalmente el mundo de la necesidad y de introducirse en el mundo preedípico del deseo, pero para algunos esto es excesivamente peligroso. Nada debe dejarse en deuda, no se permite ningún rastro de dependencia. No pagar inmediatamente implicaría depender de la confianza, de la palabra que es un vínculo, y esto debe ser evitado a toda costa. Uno de estos hombres nunca había perdonado a su madre por haber producido dos hijos más jóvenes que él, cuando

él estaba convencido de ser todo lo que ella había deseado. ¿Cómo podría él confiar en que el terapeuta no se aprovecharía de su dependencia y traicionarlo también?

Otros pacientes no soportan que les recuerden sus obligaciones financieras con relación al terapeuta. Olvidar el pago de una factura o anunciar que no pueden seguir pagando los honorarios de la terapia no es necesariamente agresivo o vengativo, pero puede surgir a partir de una sensación de agobiante privación. Aquí se ve al terapeuta como perverso: "lo único que te importa es el dinero". El terapeuta que insiste en que a cambio de sus honorarios ha de soportar poderosas proyecciones en las que contiene la gula del paciente, y es considerado como irracional, confabulador y codicioso, ha de ser capaz de conservar su propia sensación de valor sin culpabilidad, de reconocer que vivimos en un mundo muy injusto sin recurrir al martirio o a la auto-privación.

¿Implica esta valoración del dinero como potencial base segura para los terapeutas que ahora Mammón dirige la psicoterapia como lo hace con el resto de los aspectos de la vida moderna? ¿Si hemos de aceptar el lenguaje del costo-efectividad, traicionamos como terapeutas la esencia de nuestra disciplina? O por el contrario, ¿nos refugiamos en el mundo privado de la consulta para compensar nuestros sentimientos de incapacidad en la sociedad?

Sabemos en nuestro fuero interno que nuestras destrezas son inseparables de quienes somos. Un "buen terapeuta" es mucho más que alguien que ha destinado grandes cantidades de dinero a la formación y a la experimentación. Sabemos que, en alguna medida, Ferenczi (1952) tenía razón cuando manifestaba que "es el amor de los médicos lo que cura a los pacientes", en el sentido de que el apego seguro es inseparable de los resultados satisfactorios. Esto queda subrayado en las pruebas derivadas de la investigación psicoterapéutica que sugiere que los "factores comunes o no-específicos" –confiabilidad, no disposición a enjuiciar, coherencia y proximidad (es decir, la base segura)– contribuyen tanto o más a los resultados positivos de la terapia que las técnicas específicas, como las interpretaciones o las intervenciones cognitivas.

Los ingresos y el estatus del terapeuta parecen depender de que sea capaz de demostrar que la psicoterapia es sólo otro procedimiento técnico: que las personas con esquizofrenia necesitan terapia familiar del mismo modo que la diabetes requiere insulina. Sin embargo, sabemos que son pocas las personas que optan por dedicarse a la psicoterapia como profesión sólo para ganar dinero. En definitiva la psicoterapia es un trabajo que se ha de querer, una vocación. Lo hacemos porque disfrutamos de él y este trabajo nos aporta sus propias recompensas –ése es un privilegio de nuestra profesión. La sociedad envidia a los ricos, pero aún más a los artistas y a los deportistas, a las personas que hacen lo que hacen porque disfrutan con ello, porque les mueve más alguna necesidad interna que una compulsión externa. En cierto grado, percibimos que últimamente el mercado está desprovisto de sentido y nunca puede ofrecer el amor y la comprensión que anhelamos. Al fin, el mundo pre-pecuniario se coloca en primer lugar.

El establecimiento de la Seguridad Social, "un servicio gratuito", fue un intento socialista por eliminar el dinero de un aspecto central de la vida pública. Como el dinero se introduce cada vez más en los entresijos de los servicios sanitarios, la psicoterapia es un bastión de la relación doctor-paciente, de los aspectos narrativos frente a los técnicos de la medicina. Al igual que el arte, la terapia representa un principio opuesto a la instrumentalización, de "estar con" frente a "hacer al" paciente (Wolf, 1971). Como sugería Marx, cuanto mayor es el vacío del mundo interno, más perversa es la búsqueda de poder y riquezas externas, una búsqueda que a su vez alimenta un mayor sentimiento de vacío. Sin embargo, no es inteligente por parte del terapeuta refugiarse en una superioridad moral precaria. Debemos aprender a vivir en dos mundos, inclinándonos ante César y ante nuestros propios dioses. Como psicoterapeutas somos fideicomisarios de una realidad más profunda y, como Kipling (1939), debemos defender al "Dios de las Cosas tal y como son Éstas".

Pero, para seguir trabajando por la mera alegría del trabajo mismo, para disfrutar de las cosas tal y como son sin recurrir a las cosas que pueden comprarse, para poder ofrecer una terapia real en lugar de una terapia al por menor, se necesita dinero.

12 Finalizaciones en psicoterapia

En psicoterapia la temporalización lo es todo. Una interpretación ofrecida en el momento equivocado cae en oídos sordos. Un paciente sólo acudirá a terapia cuando sea el momento apropiado y este mismo principio se aplica a la finalización de la terapia, el principal tema del presente capítulo. ¿Por qué algunos pacientes concluyen la terapia "demasiado pronto" y otros "demasiado tarde"? ¿Cuáles son las condiciones que determinan la finalización? ¿Puede colaborar la teoría del apego a la comprensión de la diferencia entre una "buena" y una "mala" finalización? ¿Cuál es la naturaleza de la "temporalización" en relación a la finalización? ¿Por qué unos pacientes pueden concluir cuando han "tenido suficiente", incluso aunque quieran más, mientras que otros siguen indefinidamente, incluso aunque estén saciados (las metáforas vinculadas a la alimentación son ineludibles)? Estas dudas serán respondidas a lo largo de las siguientes páginas.

Situada entre el pasado y el futuro, toda finalización conlleva tanto la esperanza como el remordimiento, el logro como la decepción, la pérdida como la ganancia. La ambivalencia inherente a las finalizaciones prueba nuestra capacidad como terapeutas para tolerar la ambigüedad, para afrontar el optimismo y la tristeza ante la pérdida

y para asirnos a una valoración realista sobre nuestros puntos fuertes y nuestros puntos débiles. El principal argumento del presente capítulo es que la "adaptación" entre el estilo de apego del terapeuta y el del paciente es un determinante crucial del tipo de finalización de terapia que se deriva.

La introducción al tema se inicia con un comentario sobre la literatura relativa a las finalizaciones, a lo que siguen los puntos de vista de Freud sobre las terminaciones; a continuación se mencionan algunos hallazgos empíricos al respecto y, por último, se menciona el modelo basado en el apego de la contra-transferencia en relación a la longitud de la terapia.

Finalizaciones en la literatura

Es probable que a los escritores como a los psicoterapeutas les cueste finalizar sus obras. La afirmación relativa a que los poemas nunca están completos, sólo abandonados, podría aplicarse igualmente al análisis –y cuanto más obsesivo sea uno, más propenso a equiparar la partida con el abandono. El escritor ha de ser capaz de prescindir de las letras y ayudar al lector con los inevitables sentimientos de tristeza y pérdida según finaliza la novela. Existen, evidentemente, diferentes formas de redondear el problema. Una consiste en escribir una novela interminable –probablemente ésta era la enormemente obsesiva solución de Proust. Otra forma de redondear el problema de la finalización consiste en contemplarla desde el comienzo –escribir historias cortas, que, como las terapias breves, son más económicas pero inevitablemente con una serie limitada de objetivos.

El clásico contemporáneo *El lamento de Portnoy* (1969) de Philip Roth finaliza con la voz del analista: "Por lo tanto [señaló el doctor]. Ahora quizá podamos comenzar. ¿Sí?". Como sugería al final del Capítulo 7, finalizar del mismo modo que uno ha comenzado, subraya la manera en que el arte ofrece una salida temporal al proceso lineal del tiempo –en definitiva a la realidad de la muerte y de la finitud. Para Freud, el inconsciente estaba fuera del tiempo, protegido

del principio de realidad. Quizá en un sentido jungiano podríamos cosificar "el inconsciente", viéndolo como más sabio que la mente consciente y, en consecuencia, en contacto con la naturaleza cíclica de las cosas, sabiendo que de la muerte se derivan nuevas vidas. Juntamente con la tristeza relativa a finalizar la terapia, muchas veces también se deriva una sensación de *alivio*, tanto para el paciente como para el terapeuta. El paciente puede seguir adelante con la vida, libre al fin para invertir su tiempo y dinero en lo que quiera; el terapeuta puede desear un nuevo paciente, liberado de la carga de preocupación y fracaso parcial que cada paciente representa. Al final de un buen libro, sentimos una mezcla de tristeza, por tener que alejarnos de los personajes con quienes nos hemos familiarizado, y satisfacción porque se ha completado la historia.

Otro recurso para finalizar un libro es precisamente eso: una técnica que recuerde al lector que ha estado sumergido en lo que sólo es una historia –un recurso– y que está a punto de volver a la realidad. Un analista, al final de una sesión muy dolorosa, señaló dulcemente a su paciente, "Tendré que devolverte a tus propias manos dentro de unos pocos minutos". Al final de cada sesión, el paciente vuelve a cruzar la línea de la "vida real": la finalización de la terapia es la versión final de este proceso de abandono del marco. Como vimos en *El corazón de las tinieblas* de Conrad, es Marlow el narrador, en lugar del autor, quien dirige al lector en un horrible viaje al corazón de África. Al final, nos devuelve a la humedad de un velero atracado en el río Támesis que espera a la marea, mientras Marlow rellena su pipa –después de todo, era sólo una historia.

La terapia también puede verse como una historia dentro de una historia. Para el final el paciente, esperamos, está en mejor posesión de su propia narración, y ya no necesita al terapeuta, en palabras de Rycroft (1985), como "asistente autobiógrafo". El paciente puede desatracar su velero y navegar libremente, o recurriendo a la metáfora de Parsons (1986), la gaviota que no vuelve y que, en consecuencia, ha hallado tierra firme. ¿O esto es sólo la satisfacción del deseo del terapeuta? La imagen del agua es central en *El corazón de las tinieblas* –el mar vincula al lector a través del tiempo con la época de la con-

quista romana de Gran Bretaña, y a través del espacio con el corazón del Congo –como el inconsciente, un continuo que transciende a todos los comienzos y finales producidos por los humanos.

El modelo de psicoterapia de Erikson (1968) era el de la "moratoria" adolescente, según el cual a una persona joven se le permite divagar y explorar tanto el mundo como a sí mismo, temporalmente libre de las amarras de la obligación social. La finalización conlleva la vuelta a los placeres y deberes de la necesidad social y biológica: empleo, matrimonio, formar una familia, responsabilidad. El comienzo del final de una terapia satisfactoria muchas veces aparece marcada por el establecimiento de una nueva relación, o la renovación de una vieja. Algunos pacientes pueden sentir que deben permanecer en terapia hasta que encuentren a la pareja ideal que buscan, y a menudo hay mucho que hacer para desenmarañar tal fantasía. El terapeuta siempre se preguntará si, en la nueva relación, el paciente habrá descubierto la base segura que pueda convertirse en un "objeto transformacional" genuino (Bollas, 1987) que pueda asumir la responsabilidad de la terapia, y en qué grado está siendo expresado cierto aspecto del deseo o decepción que corresponde a la terapia.

La novela del siglo XIX, tras su habitual exploración de una serie de dilemas morales o emocionales, finaliza típicamente con un cambio de estado ("Lector, me casé con él"), con uno de los momentos sociobiológicos fundamentales de llegada o de partida que estructuran nuestras vidas: nacimiento, matrimonio y muerte.

La mayor ambigüedad de la finalización la encontramos en *Grandes Esperanzas* de Dickens, con sus dos finales aparentemente contradictorios, uno "feliz" y el otro "triste".

La primera versión de Dickens concluye con un fugaz encuentro entre el héroe-narrador Pip (cuyo auténtico nombre es recursivo, como la novela misma; Flint, 1994) y su amor, la cruel e insaciable Estella, en el centro de Londres a donde Pip ha llegado acompañando a su sobrino, el pequeño Pip. Estella erróneamente supone que el niño es hijo de Pip, creando así un malentendido cómico. La novela concluye con las siguientes palabras:

> Después me alegré mucho de haber disfrutado de la entrevista; porque, en su faz y en su voz, y en su tacto, me confirmó que el sufrimiento había sido mayor que las doctrinas de Miss Abisma, y que le habían dado el corazón para entender el mío.

Este final directo, pero conmovedor sugiere el logro de una tarea: los personajes se han visto fortalecidos por el sufrimiento, se ha superado el malentendido. Finalmente se destruye la dependencia y fijación de Pip por Estella, y su corazón se unifica. Habiendo hallado un "corazón para entender", por fin puede dejar estar a su corazón. El personaje ha hallado la base segura interna que puede soportar la pérdida externa, y con ella la función reflexiva y competencia narrativa que se derivan de la internalización que hace la persona de la internalización que sus objetos han hecho de ella. La terapia comienza –y concluye– con el hallazgo de un terapeuta que "comprenda cómo me siento".

Existe tanto una finalidad como una continuidad sobre esta primera versión del final de la novela, y que está ausente en la última versión de Dickens. En este caso, en una ensoñación de retorno al pasado, Pip y Estella se encuentran en un jardín de su infancia, familiar a ambos, aunque todo haya cambiado. Una vez más se intercambian alabanzas: "Siempre te ha pertenecido un poco de mi corazón", se confesaban mutuamente. Entonces, en las últimas palabras del libro, mientras Estella anuncia que, aunque lejos uno del otro, "seguirán siendo amigos", Pip toma su mano y, a medida que la neblina comienza a ascender, "no ve ninguna sombra alejarse de ella". Es posible que el sentimentalismo y su buen sentido comercial obtuvieran lo mejor de él en este caso –al público no le gusta un final infeliz (como a los consumidores de los servicios sanitarios no les gustaría oír que la finalidad de la psicoterapia es transformar la neurosis en amargura humana ordinaria).

Sin embargo, el tema central de este comentario es la idea de que la partida es sólo posible una vez logradas tanto la intimidad como la autonomía. Cuando nos sentimos auténticamente comprendidos –que hemos hallado un lugar en un corazón ajeno–, entonces pode-

mos tolerar la soledad; por el contrario, una vez que hemos logrado una sensación de autonomía, podemos aproximarnos sin miedo a ser absorbidos o destruidos por el otro. Pip ya no teme estar con Estella o sin ella, y en consecuencia sus opciones aumentan, sus horizontes se amplían.

Análisis terminable e interminable

Se puede pensar que uno de los objetivos de la terapia es reducir la discrepancia entre el ser real y el ideal de la persona. Por una parte, se reducirá la auto-denigración irreal y se fortalecerá la auto-estima; por otra, los esfuerzos omnipotentes se verán más moderados por el realismo y el paciente dispondrá de una mejor sensación de sus capacidades y sus limitaciones, lo que le permitirá ser capaz de aceptarse tal cual es. Esto nos devuelve al comentario de Freud (1937b) sobre la analítica interminable. Freud argumentaba que la duración de un análisis dependía fundamentalmente de tres factores –el grado en que el trauma influye en la neurosis (cuanta mayor sea la influencia del trauma más breve el tratamiento, porque la personalidad, como un todo, puede no estar afectada), la disposición hereditaria y lo que él denominaba las "alteraciones del ego", que ahora veremos en términos de defensas del carácter. En este punto hace un comentario relacionado con el género que merece se examinado con mayor profundidad. Comienza por una afirmación de Ferenczi según la cual "Todo paciente masculino debe lograr un sentimiento de igualdad en relación al médico, como señal de que ha superado su miedo a la castración; toda paciente femenina… debe haberse librado de su complejo de masculinidad y aceptar emocionalmente, sin traza de resentimiento, su rol femenino" (Freud, 1937b: 251). Freud comenta:

> Creo que aquí Ferenczi estaba pidiendo demasiado. En ningún momento del trabajo analítico uno sufre más el sentimiento opresivo de que todos los esfuerzos repetidos han sido en vano y sospecha haber estado "predicando a los vientos" que cuando trata de persuadir a una mujer para que abandone su deseo de

> disponer de pene, sobre la base de que es irrealizable o cuando uno trata de convencer a un hombre de que la actitud pasiva hacia los hombres no siempre significa castración y que es indispensable en muchas relaciones de la vida.
>
> (Freud, 1937b: 252)

Así pues, Freud parece sugerir que la rebelión e ingratitud en los hombres puede ser atribuida a su miedo a la pasividad, mientras que la depresión crónica de las mujeres tiene su base en la convicción de que el análisis es inútil si no les puede proporcionar el pene que tanto ansían. La vena pesimista del final de la vida de Freud concluye que "lo decisivo es que la resistencia impide que se produzca algún cambio –todo permanece como estaba".

Lo sorprendente aquí es el extraordinario doble estándar de Freud, incluso si traducimos su pensamiento concreto en términos metafóricos. A los hombres les corresponde ver que la pasividad no equivale a la castración –superar una falsa cognición como lo considerarían los terapeutas cognitivos. Sin embargo, el objetivo de las mujeres no es reconocer que una puede ser activa y femenina simultáneamente –que sería una tarea simétrica a la de los hombres– sino reconocer la envidia y la pérdida y la irrealidad de las propias fantasías. Si traducimos esto en términos terapéuticos actuales, podríamos decir que los hombres se enfrentan a una tarea cognitiva relativamente sencilla; las mujeres una "kleiniana" mucho más compleja. Freud sugiere que bajo estos deseos irrealizables y, por lo tanto, análisis interminables, yace un lecho biológico de bisexualidad. Es como si para él fuera un hecho formulado por Darwin que "las mujeres no progresan". Pero seguramente el lecho –quizá el techo sería una imagen más apropiada– es más social que biológico. La "bisexualidad" es más una cuestión de hábito que de hormonas. En la actualidad reconocemos tanto el activismo y la vitalidad de las mujeres como su receptividad e, inversamente, valoramos las cualidades "femeninas" de cortesía así como de asertividad en los hombres.

Sea como sea, Freud apuntaba indudablemente hacia dos cuestiones importantes que pueden determinar la "interminabilidad" de

las terapias. Lo que él caracteriza como el miedo a la pasividad en los hombres equivale en términos de apego a la vulnerabilidad al ataque. Sólo cuando los pacientes, hombres o mujeres, se sienten suficientemente seguros como para abandonar sus defensas –a aceptar su indefensión en relación con el terapeuta, a menudo simbolizada mediante un movimiento de permanecer sentado frente a él o tumbarse en el diván– pueden comenzar a progresar hacia la finalización. Igualmente, una terapia puede hacerse interminable si el paciente no puede aceptar la pérdida ni dejar estar al pasado. Para quienes han sufrido un grave trauma o privación, equivale a pedirles un esfuerzo enorme que acepten lo ocurrido y que el pasado no puede alterarse independientemente de cuanto deseen que hubiera sido de otro modo. Esto, a su vez, puede generar un miedo similar a perder la terapia y todo lo bueno que ha sido proyectado sobre ella y a la ansiedad que, cuando finaliza y las proyecciones son replegadas, todo volverá a ser destruido.

Investigación sobre la terminación y la psicoterapia

Los defensores de la terapia breve sostienen que, como mínimo en contextos de psicoterapia pública, aunque la finalidad declarada de una institución sea ofrecer terapia a largo plazo, de hecho la duración media del tratamiento suele ser de unas diez sesiones (Garfield, 1994). Muchos pacientes concluyen "prematuramente" y se consideran satisfechos con la ayuda recibida. Por ello, los promotores de terapia breve, recomiendan *planificar* terapia de tiempo limitado y trabajar desde el comienzo en dirección a una finalización evitando que sean los pacientes quienes decidan concluir con la terapia tras unas pocas sesiones (como la paciente que llega a su sexta sesión anunciando que abandona la terapia, con un nuevo estilo de peinado y con una minifalda extremadamente corta).

Esto sugiere una clasificación de dos tipos de la terminación en terapia breve: *breve involuntaria* ("excesivamente corta") y *breve planificada*. De un modo similar, la terapia a largo plazo también puede desarrollarse sobre la base de un plan o continuar indefinidamente

hasta que el terapeuta, y quizá el paciente, se sientan incapaces de finalizarla. Por lo tanto, la tercera y la cuarta categorías serían *a largo plazo involuntaria* ("excesivamente prolongada") y *a largo plazo planificada*.

La mayor parte de la investigación psicoterapéutica se basa en las terapias breves y tiene poco que decir sobre los tratamientos a largo plazo y su terminación, que constituyen el centro de interés del presente capítulo. Los resultados, casi siempre, se evalúan en términos de reducción de síntomas y no de los tipos de cambio de personalidad a favor de los que se trabaja en la terapia a largo plazo con muchos pacientes. Sin embargo, existen muchos hallazgos relevantes. El primero se refiere a la denominada "curva de dosis-respuesta" (Howard et al., 1986), que muestra que cuanto más se prolongue la terapia, mayor es el número de pacientes que se benefician de ella. Sin embargo, la "curva" no es lineal sino logarítmica negativa, de modo que hay retrocesos reductores en los que, con cada sesión sucesiva, se produce una pequeña mejoría. Para la vigésimo sexta sesión, según este modelo, la mayor parte de la mejoría total ha sido alcanzada. La gravedad también es un factor; Shapiro (1995) descubrió en el Proyecto de Psicoterapia de Sheffield que la terapia más larga (comparando ocho con dieciséis sesiones) sólo producía más mejoría en los pacientes más gravemente depresivos, y que los pacientes menos graves no mejoraban menos con ocho que con dieciséis sesiones.

Uno de los hallazgos más preocupantes desde la perspectiva de los terapeutas que ofrecen terapias breves es que, a pesar de los buenos resultados de las terapias breves, los seguimientos a largo plazo muestran que muchos pacientes tienden a recaer. Así, en un estudio de gran envergadura sobre la depresión tratada con fármacos o con uno de dos tipos de psicoterapia, mientras que el 70% de los pacientes se habían recuperado tras 3 meses de terapia, al de 2 años sólo el 30% no había recaído en episodios adicionales de depresión (Roth & Fonagy, 1996). En otro estudio se observó el impacto de sesiones mensuales de psicoterapia de "mantenimiento" y se halló que efecti-

vamente influía evitando las recaídas: el 60% de los pacientes que acudía a psicoterapia de "mantenimiento" permanecía bien en comparación con sólo el 24% de los que no acudía (Elkin, 1994).

En todo esto existen complejas cuestiones de investigación en espera de ser resueltas: el impacto sobre el resultado de la duración de la terapia, la frecuencia de la terapia, la gravedad de la enfermedad, la combinación o no de farmacoterapia y psicoterapia, por no mencionar el modelo de psicoterapia y la habilidad del terapeuta. Entretanto, los profesionales seguirán finalizando o continuando con terapias sobre la base de su experiencia e intuición, pero se ha comprobado que los modelos procrusteanos no son idóneos, porque la variedad y originalidad de la experiencia es la esencia de la psicoterapia. Algunos pacientes necesitan terapia a largo plazo; para otros puede ser preferible una terapia breve o intervenciones relativamente breves; algunos necesitan terapia intermitente –acudir durante un período y posteriormente volver; en algunos casos se puede programar la finalización, en otros debe surgir como un tema durante meses o incluso años antes de que se produzca realmente; algunas personas necesitan detener la terapia de inmediato, mientras que a otras les favorece un proceso gradual. El modelo de atención parental flexible es una precondición de la base segura de los hijos, y lo mismo es también aplicable a los terapeutas y sus pacientes. En el siguiente apartado, se analizarán diferentes modelos conscientes e inconscientes para el proceso de finalización.

Finalización y pérdida previa

Una finalización está forzosamente determinada por los antecedentes. Los terapeutas y los pacientes afrontarán la finalización con preconcepciones y fantasías relativas al significado de una separación. Para el paciente, éstas estarán, sobre todo, determinadas por sus experiencias previas de pérdida, como parcialmente también lo serán en parte para el terapeuta, quien, además, estará guiado por los modelos y metáforas del cambio que subyacen a su trabajo.

Margaret

Margaret había estado acudiendo a terapia durante 8 años cuando su terapeuta le anunció que en cuatro meses iba a cerrar la consulta para mudarse a otra ciudad. Cuatro años antes –y, casualmente, durante un descanso sabático de su terapeuta– su marido, de quien tanto dependía dada su severa depresión y agorafobia, había muerto. Había afrontado esto mediante una negación parcial que le hacía sentir su presencia y a verlo como al ángel de la guarda que guiaba su vida. La muerte de su marido, de hecho, había sido el origen de grandes cambios en la vida de Margaret y ésta había establecido una relación mucho menos dependiente con una nueva pareja. Durante la sesión siguiente al anuncio, la paciente señaló que había estado pensando que, si había sido capaz de superar la muerte de su marido, no había porque temer esta finalización y que, de hecho, secretamente ella ya la había estado anticipando desde el comienzo de la terapia. Sin embargo, se sentía inexplicablemente ansiosa y no había podido dormir, y cuando había logrado conciliar el sueño había sufrido pesadillas –la noche anterior soñó que ambas manos le habían sido cortadas. A continuación describió que había acudido a su médico de cabecera a quien no había visitado en años, y lo impresionado que había quedado éste al ver los cambios que ella había conseguido, manifestándole que años atrás él había supuesto que ella se suicidaría. Añadió también que ella misma se sentía sorprendida por las diferencias en cómo se sentía, atribuyéndolo fundamentalmente a la personalidad positiva y alegre de su hijo de 9 años de edad, que creía que había influido sobre ella. Continuó señalando el momento en que dijo a su hijo que el terapeuta se marchaba, y éste había manifestado: "¡Oh, no seas tan tonta mamá, búscate otro!". Por último, dijo que hacía uso de todo su valor para pedirle si podría visitarlo de cuando en cuando en su nuevo puesto de trabajo, aunque ella sabía que la respuesta sería negativa.

Esta narración contiene muchos de los temas típicos que surgen en el momento de la finalización, en este caso impuesta sobre el paciente por el terapeuta, que en un servicio "pagado por terceros" suele ser lo más frecuente. Inicialmente la paciente niega la pérdida, tal y como lo hizo con la muerte de su marido. A continuación recupera algunos aspectos de su respuesta de duelo –ansiedad e insomnio. Después busca un sustituto, un médico al que no ha recurrido en muchos años. No satisfecha, comienza a revisar la terapia en términos de pérdidas y ganancias. Finalizado esto se produce una ráfaga de ira: "No te ilusiones falsamente creyendo que ha sido tu terapia la que ha producido el cambio, se debe a mi hijo y sigo teniéndolo y puedo buscarme otro terapeuta, muchas gracias". Por último, como con el duelo, comienza a "regatear" con la pérdida, esperando que no sea irrevocable. En su sueño ella había perdido "las dos manos que le ayudan", su primer marido y su terapeuta.

Bajo todo esto subyacen temas menos conscientes derivados de la infancia. Su madre había padecido una grave depresión adolescente y había sido hospitalizada durante meses cuando la paciente contaba con tres años de edad; ambos progenitores habían sido refugiados alemanes de la época del Holocausto y en la familia no se había permitido ninguna mención relativa a sus orígenes o al pasado; ahora Margaret se había desvinculado completamente de ellos y se preguntaba si su padre había abusado sexualmente de ella durante la fase de separación con su madre; comparaba las alegres demandas de su hijo con sus propios sentimientos de rechazo y falta de vinculación. La separación es un castigo, quizá una tortura, pero es lo que te mereces. No hay nada que se pueda hacer, sólo permanecer pasivo y soportar la desolación del mejor modo posible.

Para el terapeuta, también, la finalización presenta reverberaciones inevitables. Si en la terapia ha buscado la intimidad segura que le parece elusiva en la vida ordinaria, entonces puede aferrarse al paciente "durante demasiado tiempo". Si ha negado y proyectado su propia debilidad y vulnerabilidad sobre el paciente puede fomentar la finalización con el deseo inconsciente de que sus inadecuaciones sean curadas o eliminadas del paciente, y esto puede llevarlo a una

finalización que llega "excesivamente temprano". Puede existir una auténtica tristeza por la separación, pero también la excitación y la posibilidad de un nuevo comienzo.

Modelos evolutivos de finalización

Además de estas influencias contra-transferenciales, el terapeuta puede estar dirigido por la cultura psicoterapéutica y el contexto en el que habite. La separación y la pérdida son temas centrales en la psicoterapia dinámica. Diferentes escuelas subrayan aspectos distintos, pero todas contienen un modelo de desarrollo psicológico en el que cada estadio representa tanto la ganancia como la pérdida. Para Bion, el pecho ausente es un estímulo para el inicio del pensamiento ("como no hay un pecho es necesario imaginarlo"). Para Klein, afrontar la ira y la envidia por la capacidad de la madre para ir y venir –y para destetarlo– según le plazca es el primer paso hacia la maduración y la posición depresiva.

Una perspectiva de apego permite la teorización relativa a la "temporalización", porque la buena o mala temporalización depende de la intersección de dos o más mundos internos, cada uno con sus propios ritmos. Bowlby y Winnicott consideraban de forma diferente la paradoja central relativa a que uno sólo puede ser separado con seguridad cuando en primer lugar se siente apegado. Para Winnicott (1958), la criatura desarrolla la capacidad para estar en soledad si se le ha permitido "estar solo en presencia de la madre". La madre de Bowlby ofrece la base segura desde la que el bebé puede salir y explorar el mundo. Para Mahler, el bebé en la "subfase de reaproximación" debe tener la posibilidad de retornar a la madre cuando su historia de amor con el mundo le supere.

Para Freud, tal y como le interpretaron los kleinianos contemporáneos (Britton et al., 1989), la resolución del complejo de Edipo depende de la capacidad para tolerar la separación y la pérdida, para adoptar una "tercera posición" de contemplación que pueda permitir las relaciones entre los progenitores sin sentirse obligado a infiltrarse

en ellas o a destruirlas. Tal y como se mencionaba en el Capítulo 5, Money-Kyrle (1971) creía que el análisis puede llegar a una finalización satisfactoria cuando el paciente puede ver el pecho como supremamente bello, las relaciones parentales como supremamente creativas y aceptar que la muerte es inevitable. Esto podría traducirse como: ser capaz de amar sin ambivalencia, superar la envidia y ser capaz de lamentar la muerte. En su modelo edípico, Freud consideraba que la identificación con el progenitor del mismo sexo era una parte vital del duelo por la pérdida de la posesión exclusiva de la madre, y esta idea reaparece en el modelo Freud-Klein de duelo en el que la identificación con el objeto perdido y su "reinstauración" en el mundo interno es un aspecto central para afrontar la pérdida.

Todos estos aspectos aparecen en la literatura contemporánea relativa a la finalización. Pedder (1988) se muestra en desacuerdo con el empleo del término "terminación" por sus vínculos con el aborto y la finalidad. Este autor es crítico con respecto a la visión no comprometida de la finalización de la terapia como ruptura absoluta equivalente a la muerte, la cual se puede esperar que el paciente que haya sido "satisfactoriamente analizado" logre superar. Este autor compara la finalización de la terapia con el adolescente que abandona el hogar y pueda necesitar ir y venir repetidas veces antes de alcanzar finalmente la independencia, y defiende que el terapeuta debería ser tolerante con estas fluctuaciones de implicación y desvinculación a medida que la terapia se aproxime hacia el final.

Una de las tareas terapéuticas más duras es la de diferenciar estos "ensayos de terminación" prematuros, en los que el paciente parece estar experimentando con el abandono pero no está realmente preparado, de la finalidad de la separación irrevocable. Al igual que cualquier pérdida, la finalización de la terapia produce un período de inestabilidad psicológica durante el cual el paciente se siente empujado hacia delante por la perspectiva de la autonomía y la libertad, pero retraído por la ansiedad ante la pérdida de intimidad y seguridad que representa la terapia. Puede tratar de distanciarse de sus sentimientos de abandono despreciando la terapia, no apareciendo u organizando su agenda de modo que en los momentos de las sesiones

tenga otra responsabilidad. Alternativamente, podría regresar, con la reaparición de los viejos síntomas y ansiedades, tratando de manifestar que está condenado si no abandona hasta que obtenga el equivalente al valor de su dinero. Puede sumergirse en una nueva relación a modo de sustituto de la terapia, ahora que ya no puede confiar en su duración indefinida. Puede existir una obvia "identificación con el objeto perdido", si el paciente decide formarse como psicoterapeuta o consultor. Simultáneamente, se inventariará el proceso, se revisará el progreso de la terapia, de las satisfacciones por lo logrado y de las decepciones por lo que aún no se haya adquirido.

Mientras tanto el terapeuta deberá ser capaz de aceptar el ataque sin justificarse ni vengarse y de mantener el sentido de lo que ha sido positivo en la terapia sin negar los fallos ni las limitaciones. Deberá resistirse a la tentación de imponer una visión idealizada de la terapia, lo que sutilmente sugeriría que el cliente ha fallado, o que necesita seguir indefinidamente para protegerse de la decepción y de la herida narcisista. El terapeuta puede sentir envidia de la creatividad del paciente y de la recientemente hallada energía sexual, y debe resistirse a la tentación de minar o inmiscuirse en ellas.

Apego y pérdida

Desde el punto de vista del apego, el objetivo o "finalidad" de la psicoterapia es ayudar a crear una base segura, en la realidad misma y como representación interna en el paciente. Una base segura surge, en parte, de la responsividad y sintonización ofrecidas por el terapeuta, en parte de su capacidad para aceptar y metabolizar la protesta e ira dirigidas hacia éste. De la primera se derivan los rudimentos de la intimidad, de la última la capacidad de autonomía.

Una vez establecida una base segura es posible un "buen final". En los pacientes menos trastornados, esto puede implicar simplemente la reparación de una base segura que ha estado temporalmente dañada, muchas veces por efecto de un trauma, y por lo tanto el proceso puede ser relativamente breve. En pacientes límite, es posible que

nunca haya existido la experiencia de seguridad y, por lo tanto, la base debe ser creada desde sus comienzos. Esto inevitablemente requiere más tiempo.

La estrategia terapéutica debe ser combinada con el estilo de apego. Una responsividad no intrusa, tanto si viene del cuidador como del terapeuta, permite el desarrollo de un mundo interior, un self que pueda reconocer la existencia de otros como el suyo, y esta estrategia es particularmente importante en los patrones de apego evitativos. Opuestamente, los individuos ambivalentes necesitan un marco terapéutico firme y coherente si han de sentirse suficientemente seguros como para expresar la ira y la protesta que puede conducirles a la sensación de autonomía. La autonomía es posible sobre la base de un mundo interno seguro –podemos estar aislados, defender nuestra postura, optar por nuestras preferencias y tolerar la separación si estamos seguros de que dispondremos de intimidad cuando la necesitemos. La intimidad es posible si a la persona amada se le permite separarse: nos podemos permitir acercarnos si nos sentimos suficientemente autónomos como para no temer el ataque o el sumergimiento, y si sabemos también que la separación no implica la pérdida completa de nuestro ser amado.

¿Qué relevancia tiene esto para la finalización? La finalización puede estar impuesta, como en la terapia de tiempo limitado, o puede surgir espontáneamente a partir de los deseos del paciente. Esta distinción es aplicable a las terapias de cualquier duración. Algunos pacientes sólo desean unas pocas sesiones para algún problema sobresaliente, a menudo, como sugería Freud (1937b), para una pérdida o trauma no elaborados, y lo afirman con claridad desde el primer día. En otros, a medida que la terapia a largo plazo progresa, gradualmente se observa con nitidez que se percibe un final en el horizonte y por acuerdo mutuo tácito o explícito el paciente y el terapeuta comienzan a trabajar en esta dirección. En estas situaciones, el terapeuta siempre sigue la cuerda del paciente, sintonizándose con él, trabajando en la "zona de desarrollo próximo" (Vygotsky, 1962), ayudando al paciente a trabajar con el problema que no es tan sencillo pero que no está fuera de su alcance. En otros casos, el terapeuta

ofrecerá al paciente un contrato de tiempo limitado desde el comienzo, o establecerá una fecha de conclusión en las terapias más prolongadas. La estrategia que se emplee dependerá idealmente de las necesidades de cada paciente individual. Como veíamos en el Capítulo 4, el paciente evitativo necesita una estrategia sintonizada "de seguimiento"; el individuo ambivalente necesita coherencia, una estructura firme y límites muy marcados.

Pero los terapeutas, así como los pacientes, tienen "estilos de personalidad". Algunos pueden ser buenos para la sintonización y no tan buenos en lo que respecta a los límites, y viceversa. En cualquier momento de la terapia se producirá una ruptura en el equilibrio entre la sintonización y el establecimiento de límites que refleja la matriz tranferencial/contra-transferencial entre el terapeuta y el paciente (Gabbard, 1995). El dilema de "demasiado pronto-demasiado tarde" puede entenderse en términos de esta matriz y la interacción del paciente con los patrones de apego del terapeuta. Racker (1968) distingue entre (a) contratransferencia "complementaria" cuando existe una "adaptación" insana entre el terapeuta y el paciente, en la que el primero es modelado para que actúe sobre algunos aspectos de la patología del paciente, y (b) contratransferencia "concordante", en la que el terapeuta resuena más empáticamente a las necesidades inconscientes del paciente.

La finalización de la terapia es una *acción*, no una interpretación, en consecuencia constituye un importante objeto de reflexión e interpretación. Es una acción que puede ser iniciada unilateralmente por el paciente o por el terapeuta, o preferiblemente como una decisión colegiada. El analista debe ser capaz de determinar que la finalización sea o no sea una representación transferencial/contra-transferencial. El paciente puede decidir que abandona la terapia a consecuencia de su propio conflicto inconsciente, o por efecto de la identificación proyectiva, como una representación de los conflictos inconscientes del terapeuta. Para dificultar la cuestión aún más, el terapeuta puede representar inconscientemente algún aspecto del inconsciente del paciente, "recogido" mediante la identificación proyectiva, que posteriormente es reintroyectada por el paciente.

Haciendo uso de la distinción complementaria/concordante que realiza Racker, podemos imaginar una matriz de cuatro entradas para reflexionar sobre la temporalización de una finalización (Figura 12.1).

		TERAPEUTA	
		ESTRUCTURA	SINTONIZACIÓN
PACIENTE	AMBIVALENTE	concordante	"demasiado tarde"
	EVITATIVO	"demasiado pronto"	concordante

Figura 12.1. Finalizaciones en terapia por seguridad del apego.

Así, un paciente evitativo con un terapeuta que enfatice excesivamente la estructura a expensas de la sintonización puede finalizar "demasiado pronto", mientras que un paciente ambivalente con un terapeuta que sea capaz de empatizar pero sea débil en la estructura puede finalizar "demasiado tarde". La investigación psicoterapéutica (Roth & Fonagy, 1996) sugiere que el resultado satisfactorio con los pacientes difíciles depende de los terapeutas que puedan combinar un enraizamiento firme en su modelo particular de terapia (y no parece importar excesivamente el tipo de terapia que sea) con la flexibilidad ante las necesidades particulares del paciente (es decir, una combinación de estructura y sintonización). Diferentes terapias pueden tentar a los terapeutas en una dirección o en otra: la terapia analítica o la cognitiva (¡extraños compañeros de cama!) pueden enfatizar excesivamente la estructura: las terapias humanistas pueden tender a producir un exceso de empatía. Esto puede vincularse con el hallazgo de Dozer y colaboradores (1994), previamente señalado, según el cual los profesionales inseguros tienden a reforzar los patrones de apego inseguro en sus pacientes, mientras que los profesionales seguros los equilibran. La concordancia que ha propuesto Racker implica empatizar pero no identificarse en exceso con el cliente,

mientras que en la complementariedad el terapeuta representa las dificultades del cliente muchas veces de formas no útiles, tal y como comprobó Dozer en su investigación clínica.

Durante las supervisiones se pueden analizar momentos particulares de la terapia usando esta matriz para ayudar al terapeuta a diferenciar los aspectos de la interacción que se derivan de su propia patología y los que surgen en respuesta al paciente, ambos de los cuales pueden ser introyectados por el paciente.

Las personas reales no coinciden exactamente con las categorías predeterminadas y muchas, especialmente las que padecen trastorno límite de personalidad, muestran rasgos tanto de evitación como de ambivalencia en diferentes momentos. Concluyo el presente capítulo con un ejemplo clínico que ilustra el posible uso de la matriz para entender la cuestión de la finalización en la psicoterapia psicoanalítica.

Mary

Mary, una abogada en su treintena, acudió a terapia señalando que deseaba llegar a aceptar el hecho de que nunca se casaría ni tendría descendencia. Era típico en ella haber prejuzgado el resultado –la finalización– incluso antes de haber comenzado. Había crecido en una familia claustrofóbica con un padre alcohólico pero muy cariñoso, y una madre depresiva y muy controladora, a quien Mary había aprendido a apaciguar desde una edad muy temprana y continuaba haciéndolo. Tenía una relación estrecha con su hermana mayor, pero se sentía culpable por haber "tenido más suerte" y por ganar más que ella. A los 18 años de edad, mientras viajaba, había sufrido un accidente y quedó atrapada en un edificio por efecto de un leve terremoto. Nunca había hablado sobre este hecho antes de llegar a terapia.

Su estilo narrativo era típicamente evitativo, comenzaba cada sesión con un catálogo poco elaborado de los acontecimientos semanales, y costándole mucho describir o mostrar emociones. Controlaba la sesión con una gran precisión tanto mediante los ojos, que no perdían de vista al terapeuta, como

mediante la consulta vigilante de su reloj durante toda la sesión, asegurándose de que concluía siempre sus sesiones, y salía un par de minutos antes explicando que "Ya sé cuan irritante es que los clientes sobrepasen el tiempo".

El tiempo y la "vigilancia" se convirtieron en los temas centrales de la terapia. La paciente describía el aparentemente indefinido sentimiento de estar atrapada en un terremoto, y el *no* disponer del control de las sesiones como lo que más deseaba y lo que más temía.

Observándola como evitativa, al comienzo el terapeuta hizo un pequeño comentario sobre este particular y se limitó a centrarse en la sintonización afectiva y la responsividad –en la mutualidad de la buena temporalización, en oposición a la hora de reloj, mediante la cual ella organizaba su vida. Pero a medida que comenzó a implicarse más y a ser más dependiente de la terapia, de modo que para ella comenzó a ser seguro hablar sobre su necesidad de control de la finalización y de su miedo a lo que ocurriría si no lo hacía, el terapeuta ya no necesitaba desempeñar el rol del salvavidas y podía desafiarla sin que ella lo experimentara como una erupción o estremecimiento. Gradualmente comenzó a olvidarse de su reloj, a atreverse –tras la invitación del terapeuta– a tumbarse en el diván y pidió acudir a dos sesiones semanales de terapia. La atmósfera de la terapia comenzó a ser más vital y real. Tras un tiempo, Mary comenzó a manifestar que sentía que ya había tenido suficiente terapia y que debería dejarla. Llegado este momento su dependencia era mucho más aparente (había logrado superar la posición evitativa), y por ello el terapeuta fue capaz de interpretarlo en términos de la culpabilidad de la paciente por haber tenido más de lo merecido, de pedir "más" de forma codiciosa. Evidentemente, si hubiera finalizado la terapia en ese momento, hubiera sido "demasiado pronto". Al mismo tiempo, comenzó por primera vez a expresar ira hacia el terapeuta, especialmente cuando a ella le pareció que éste no había dado muestras de condolencia por la enfermedad de su querido perro.

Tras otros 18 meses de terapia y múltiples falsos comienzos transferenciales en las relaciones, conoció y empezó a amar a un hombre adecuado y disponible, y volvió a referirse a la finalización, esta vez como si la deseara. A medida que se aproximaba el final, empezó a presentar dudas relativas a la finalización, como ocurre tantas veces, muchas de sus viejas preocupaciones volvieron a reaparecer, pero sintiendo que era importante afirmar su recientemente descubierta autonomía y su capacidad para entender sus propias necesidades, el terapeuta acepto el plan de la paciente. No haberlo hecho hubiera conllevado el riesgo de "finalizar demasiado tarde". La paciente sugirió una sesión de seguimiento algunos meses después, que transcurrió con total normalidad y tranquilidad. Posteriormente escribió describiendo lo bien que le iba la vida y para anunciar que incluso estaba embarazada.

A menudo decimos que los pacientes llegan a la terapia con "asuntos inconclusos" –un cliché quizá, pero nos sugiere que las personas solicitan terapia cuando han sido incapaces de hallar un final –para un trauma o una pérdida que no ha sido lamentada, o para una dependencia que no puede ser resuelta. Antes de que los pacientes puedan abandonar la terapia han de encontrar en primer lugar su objeto, para después atacar al objeto y a su necesidad de él y, por último, para dejarlo estar. El apego seguro implica estar en contacto y ser capaz de manejar la agresión y la destructividad en nuestra propia persona y en la de los demás. Antes de acudir a terapia Mary no había afrontado su episodio traumático en el que se había visto atrapada; no se había deshecho de su dependencia hostil hacia su madre; no había afrontado la ambivalente sexualidad en la relación con su padre. A medida que estos temas surgieron y fueron tratados en la terapia, aunque sólo sea de forma parcial, fue posible buscar una finalización.

En psicoterapia, como en la vida, existe una constante dialéctica, entre la proximidad y la separación, la sintonización y el desafío, el apego y la pérdida. La finalización está siempre presente, mucho

antes de la separación final, arrojando su sombra sobre la terapia desde el comienzo mismo y, cuando llega, es una acumulación de toda una serie de incontables pequeñas finalizaciones que la han prefigurado. En palabras de Rilke (1964) "Por eso vivimos, abandonando indefinidamente".

Apéndice: BABI
Terapia breve basada en el apego, una modalidad de tratamiento basada en la teoría del apego

En la actualidad existe una amplia gama de terapias breves integradoras, cada una de ellas con su propio nombre (Holmes & Bateman, 2000). Entre ellas se incluye la terapia dinámica breve, la terapia interpersonal, la terapia psicodinámica-interpersonal, la terapia dialéctica de la conducta y la terapia cognitivo-analítica. La mayoría de ellas incluyen una combinación de elementos rogerianos, psicoanalíticos, cognitivos, sistémicos y conductuales. Estas terapias se caracterizan por rasgos que, en comparación con sus modalidades originarias, les colocan en una posición ventajosa:

- Son muy estructuradas y, por lo tanto, son fáciles de captar y aplicar incluso para los terapeutas principiantes.
- En consecuencia, pueden ser enseñadas.
- Pueden ser manualizadas y, por ende, usadas en la investigación psicoterapéutica.
- La mayoría son de tiempo limitado y, por tanto, atractivas para las compañías promotoras.
- Algunas se destinan a trastornos específicos; por ejemplo, la terapia psicodinámica-interpersonal está diseñada para la terapia con pacientes depresivos y la terapia dialéctica de la conducta para las personas que padecen trastornos límites.

La terapia breve basada en el apego (BABI) comparte muchas características con estas otras terapias. Es de tiempo limitado; subraya intensamente la formulación; es colaboradora; usa cuestionarios para los clientes, de quienes se espera que ejecuten tareas en casa en el intervalo entre sesiones; es integradora porque recurre a técnicas rogerianas, dinámicas y cognitivo-conductuales.

La razón que subyace al origen de la terapia BABI es la creciente demanda por terapias basadas en pruebas, emparejada con el hecho de la inexistencia, hasta la fecha, de una terapia explícita para adultos, basada en la teoría del apego. En comparación con otras terapias reconocidas, BABI cuenta con rasgos únicos. Quizá el más importante de éstos sea que se ha originado a partir de una base de investigación y no viceversa. Los estudios sobre el desarrollo infantil y sobre la categorización del apego que informan a la terapia BABI son el resultado de múltiples décadas de intensa investigación. Los profesionales que aplican la terapia BABI y sus promotores tienen la garantía de que su enfoque está basado en pruebas y no en una perspectiva ideológica.

Una segunda característica diferencial de la terapia BABI es que dispone de modelos claros tanto para el funcionamiento normal como el anormal. Existen pruebas firmes de que el apego seguro, la capacidad para la exploración y la interacción amistosa, para la protesta sana cuando está amenazada la base segura, para la lamentación apropiada y para la auto-reflexión se asocian con conductas en los niños y en los adultos que, en general, serían consideradas como señales de salud psicológica. Las criaturas con apego seguro son más sobresalientes, más populares en el entorno escolar, más capaces de pedir ayuda cuando la necesitan y, de adultas, menos propensas a presentar relaciones problemáticas o diagnósticos psiquiátricos. Los vínculos entre la seguridad infantil y adulta están siendo firmemente establecidos. Por el contrario, el apego inseguro, la supresión de la protesta, ser incapaz de regular la emoción, la melancolía anormal y la capacidad reflexiva insuficiente son todos factores de vulnerabilidad para el trastorno psicológico.

Como consecuencia de sus orígenes más científicos que ideológicos, la terapia BABI presenta un marco integrador dentro del cual coexisten cómodamente las diferentes modalidades terapéuticas. El examen de la base segura y el fomento de la función reflexiva son ejercicios básicamente psicodinámicos; el ejercicio de la protesta sana conlleva el uso del entrenamiento en asertividad, que se deriva de la tradición conductual, y los métodos de regulación del afecto, que han sido diseñados como parte de la terapia dialéctica de la conducta; la ayuda al paciente en el duelo guiado es al mismo tiempo psicodinámica y cognitiva; la comprensión de los modelos internos de trabajo se extrae de los métodos cognitivo-conductuales.

En general, la terapia BABI es útil para los terapeutas y los pacientes. Permite a los terapeutas hacer uso de técnicas con las que estén familiarizados dentro de un marco global que dispone de una justificación clara y unos objetivos específicos.

La terapia BABI en la práctica

Aspectos generales

El terapeuta acude a supervisión semanal o quincenal y habrá recibido previamente formación y entrenamiento en psicoterapia.

El componente fundamental de la formación reside en aprender a combinar los elementos prescriptitos y los expresivos. Aunque existan muchos rasgos que son específicos de la terapia BABI, que en algunos casos parece ser muy estructurada y prescriptiva, existe también un aspecto paralelo de terapia que permite la espontaneidad y el seguimiento del hilo que propone el cliente. Las sesiones terapéuticas contienen elementos de la terapia BABI e interacciones terapéuticas más convencionales que podrían surgir en cualquier sesión de terapia rogeriana o dinámica. El terapeuta seguirá el hilo del cliente –la responsividad es un rasgo de la base segura.

Los primeros 15 minutos aproximadamente de cada sesión se destinarán a que el cliente describa su semana y a los temas que surjan

espontáneamente. Entonces el terapeuta avanzará hacia el siguiente objetivo acordado –la asertividad o el manejo de la pérdida, por ejemplo– durante los siguientes 15 minutos, usando para ello el rol play, material escrito o fotografías dependiendo de lo que sea apropiado para cada caso. Durante el último tercio de la sesión se tratará de aproximar estos dos elementos anteriores, recurriendo a las metáforas de los temas espontáneos del cliente, vinculándolas con los focos de atención presentes y progresando hacia una asignación de tarea para casa.

Primera fase: contrato e implicación

El cliente recibirá una cita de acuerdo con la práctica clínica normal. Al comienzo, se acuerda un contrato de 10 sesiones de 45 minutos. El terapeuta explica la estructura general de BABI. El cliente narra su historia de forma habitual, el terapeuta hace uso de las destrezas rogerianas básicas de escucha activa y de reflejo. Se hace hincapié en delinear el problema presentado y en lo que al cliente le gustaría que fuera diferente por efecto de la terapia:

- Cuéntame con tus propias palabras qué es lo que te ha conducido a solicitar ayuda.
- ¿Qué te gustaría que fuera diferente en tu vida?
- Si la terapia tuviera éxito, ¿qué cambiaría como resultado de la misma y cómo lo sabrías tú y los que te rodean?

Segunda fase: elicitar material de la base segura

Se recoge el historial psicoterapéutico habitual, pero informado por el estilo de cuestionamiento diseñado para la Entrevista de Apego Adulto. Se pide al cliente que produzca cinco adjetivos que describan a cada uno de los progenitores o cuidadores relevantes y a continuación que describa una anécdota o incidente ilustrativo de cada uno (examina el estilo narrativo). Se pregunta al cliente sobre las pérdidas y separaciones significativas durante la infancia. Se pregunta al cliente sobre los sentimientos de amenaza de los progenitores (rele-

vante para el apego desorganizado). Se pregunta al cliente si opina que sus experiencias infantiles, especialmente con sus progenitores, le han influido o afectado como adulto. Se le pregunta por qué cree que los progenitores se comportaban con él o ella de ese modo (examina la función reflexiva).

El terapeuta anota como se comporta el cliente *vis-á-vis* con él y con el contexto clínico en general. Si han existido llamadas telefónicas antes de la cita. Si ha sido o no puntual. Si ha llegado solo o acompañado. Cómo ha entrado en el despacho. Su apertura, proximidad o resistencia y cerrazón al narrar la historia. El terapeuta hace uso de la contra-transferencia para clasificar la proximidad/distancia del cliente: cuán protector se siente, cuánta simpatía siente, a qué distancia se le ha mantenido.

Tercera fase: formulación

La primera y segunda fases requerirán la mayor parte de las dos primeras sesiones. Al final de la primera sesión, el cliente recibe el cuestionario de la base segura y se le pide que lo traiga cumplimentado para la siguiente sesión. En el intervalo, con ayuda del supervisor y el grupo de supervisión, se desarrolla una hipótesis preliminar sobre el estilo de apego del cliente, y se hace un esfuerzo por formular el problema presentado en términos del apego. Por ejemplo, se interpretarán en términos del apego problemas como la tendencia a darse atracones, las auto-lesiones deliberadas o los estallidos de ira como formas para tranquilizarse o protegerse. Las dificultades relacionales se construirán de forma similar. Por ejemplo, a una paciente que acudió a su sesión con el bebé en el coche y que tenía constantes riñas con su marido se le sugirió:

> Tus riñas son el modo que empleas para asegurarte de que no eres abandonada, aunque al mismo tiempo actúan como una barrera ante la intimidad que tan amenazadora te resulta. Durante la infancia dependías de tu padre que cuidaba de ti mientras tu madre trabajaba. Entonces él abusó sexualmente de ti. Cuando revelaste esto a tu madre, la familia se separó y tras eso tuviste pocas ocasio-

nes para verlo. Quieres permanecer cerca de tu marido y sientes ansiedad cada vez que llega tarde a casa, pero al mismo tiempo, como sufriste abusos sexuales, la cercanía te resulta muy amenazadora. Ves mucho a tu madre, pero realmente no puedes sincerarte con ella por temor a que te critique o te rechace. Esto también influye en tu relación con tu marido y también puede influir en tu actitud hacia la terapia. Trayendo a tu hijo a las sesiones te aseguras de que dispones de alguna base segura –pero simultáneamente mantienes a distancia al terapeuta.

Cuarta fase: rastreo de los dominios

Llegados a este punto el terapeuta y el cliente dispondrán de alguna idea relativa a cuál de los seis dominios requiere una atención particular. Los dominios 1, 5 y 6 –base segura, modelos internos de trabajo y capacidad reflexiva– son los más importantes y serán relevantes para todos los clientes. Sin embargo, es menos amenazador si, en primer lugar, se procede con temas vinculados a destrezas. Por ejemplo, la cliente anterior tenía dificultad con los estallidos de ira. Esto nos da la oportunidad de trabajar sobre la asertividad, usando técnicas básicas de asertividad, entre las que se incluyen informar a la cliente sobre la tríada de la ira, sobre la sumisión y la asertividad apropiada; pensar en incidentes relevantes; interpretar junto con el terapeuta resultados alternativos; tratar de poner en práctica las destrezas aprendidas durante la siguiente semana. Del mismo modo, pueden examinarse las pérdidas no resueltas usando un modelo de duelo guiado. Si parece que el cliente tiene dificultades con la alegría y el disfrute, se puede recurrir a un modelo orientado hacia la autoestima y se le puede ayudar a visualizar actividades agradables y a examinarlas.

Quinta fase: modificar los estilos de apego

La variación de los estilos de apego requerirá diferentes técnicas terapéuticas. Ésta es un área crucial en la investigación del apego y en la práctica. “La responsividad al rol” presiona al terapeuta para

reforzar los patrones de apego preexistentes (Dozier et al., 1994). Los terapeutas seguros contrarrestan los patrones de apego de los clientes, los terapeutas inseguros los refuerzan. La mayoría de los clientes no encajan exactamente con ninguna de las categorías de investigación, aunque algunos lo hagan. Con frecuencia se presenta una mezcla de diferentes facetas, representando, por ejemplo, diferentes relaciones de apego con diferentes cuidadores –madre, padre, abuelos.

- Los clientes con un estilo predominantemente evitativo/desdeñoso necesitarán ayuda para ponerse en contacto con las emociones y para elaborar sus narraciones, para indagar en su memoria en busca de detalles y de explicaciones menos radicales de sus vidas. La responsividad empática por parte del terapeuta es una técnica clave, con sensibilidad hacia las expectativas de rechazo o agresión del cliente. Es particularmente importante la elaboración de las reacciones emocionales ante las rupturas.
- Los clientes con estilos ambivalentes/preocupados necesitarán ayuda para alcanzar cierta distancia de sus emociones. En este caso se requiere un enfoque cognitivo que favorezca "pensar sobre el sentir" y aprender que las emociones pueden ser modificadas mediante los pensamientos. Aquí el terapeuta puede ser inducido a sentir la desconfianza que el cliente ha llegado a esperar de sus cuidadores. El terapeuta establece la estructura y se mantiene firme ante los límites.
- Un enfoque "dialéctico" (Linehan, 1993) para la regulación de la emoción puede ser útil para los clientes que presenten apegos desorganizados. Aprender a confiar en el terapeuta es un logro fundamental. Las conductas auto-injuriosas pueden entenderse e interpretarse positivamente en términos de la búsqueda de la base segura. Estos clientes, en particular, pueden requerir una terapia adicional una vez concluida la BABI, muchas veces en formato de análisis grupal.
- Sexta fase: identificación de los modelos internos de trabajo.

A los modelos internos de trabajo se accede a través de las cogniciones. Este aspecto de BABI recurre a técnicas estándar derivadas de la terapia cognitiva. El impreso (véase más adelante) explica las técnicas básicas de la terapia cognitiva de un modo accesible. El cliente comenzará por reconocer los aspectos detonantes en cuya presencia suelen aparecer las dificultades emocionales, basadas en la experiencia pasada y accionadas por los estímulos contemporáneos.

El foco de atención se dirige siempre a (a) las amenazas a la seguridad, (b) la respuesta emocional que acompaña a tales amenazas percibidas y (c) el modo en que el cliente se maneja con tal respuesta. A continuación se buscan estrategias alternativas. Por ejemplo, el elemento provocador podría ser el hecho de que el cónyuge llegue a casa más tarde de lo esperado. La respuesta podría ser pánico e ira. La respuesta a la respuesta podría ser el distanciamiento (buscar la base segura interna), el mal humor (castigar al cónyuge y encerrarlo como figura de apego) o el inicio de algún tipo de revancha (recurrir a la identificación proyectiva para lograr que el cónyuge entienda cómo se siente uno al ser abandonado, otro aspecto de la base segura). Comenzar a comprender estos procesos sirve como base segura interna, lo que puede favorecer la regulación emocional

A medida que progresa la terapia, el cliente acumulará una serie de "botones" que identificará como elementos subyacentes a los problemas presentados. Crear un "botón" físico con un rostro externo que rece "marido vuelve tarde" y un rostro oculto que diga "Papá abusa de mí y me abandona" puede ser útil en algunos casos.

Séptima fase: competencia autobiográfica

El hecho de acudir a terapia y hablar sobre uno mismo es el comienzo de la auto-reflexión. Puede ser útil hacer uso de recursos específicos, como por ejemplo sugerir al cliente que mantenga un diario de los estados anímicos, que describa sus dificultades autobiográficas, que traiga fotografías familiares y hable de ellas, que realice dibujos, videos o piezas musicales para expresar sentimientos. Todos estos elementos pueden favorecer la capacidad para representar al self en relación a los demás y para ser consciente de tal representación –ambos rasgos del apego seguro.

Octava fase: finalización

Al igual que muchas terapias breves, BABI concede mucha importancia a la negociación de la finalización de la terapia. A partir de la sexta sesión el terapeuta comienza a "contar hacia atrás" hasta la sesión final. La finalización constituye una oportunidad para observar el modo en que el cliente maneja la pérdida y la separación. Se presenta la idea de una base interna segura y se anima al cliente a pensar en como se enfrentará a la situación una vez concluida la terapia.

Impresos para los clientes "BABI"

"BABI"– intervención breve basada en el apego

La mayoría de las personas sienten ansiedad o depresión en algunos momentos de la vida. Son muchas las razones para ello: el estrés, la separación o la pérdida de alguien o algo que es muy querido para nosotros, la soledad, las dificultades halladas en nuestras relaciones, las preocupaciones sobre el futuro. El modo en que reaccionamos ante las dificultades puede devolvernos al dolor o trauma sufridos durante la infancia. Algunas personas presentan una tendencia incorporada a preocuparse o a querer que las cosas sean perfectas o les cuesta enfrentarse a las situaciones; otras han sufrido infancias difíciles o duras, lo que en sí mismo algunas veces –aunque no siempre– predispone a la vulnerabilidad en la edad adulta.

Cuando estamos ante una dificultad necesitamos *apoyo*: tratamos de extraer nuestra propia fortaleza interna, buscamos ayuda en nuestros amigos o familiares, o nos dirigimos a profesionales cuyo trabajo consiste precisamente en ayudar. BABI es una terapia breve basada en los principios del *apego*. *La teoría del apego*, que se basa en algunas ideas sencillas y obvias, fue desarrollada hace medio siglo por el psicoanalista John Bowlby y desde entonces ha sido investigada y ampliada en profundidad. Bowlby reconoció que en la infancia nos sentimos seguros y bien con nosotros mismos en la medida en que dispongamos de adultos fiables y de confianza a quienes podamos recurrir en los momentos de necesidad. Estas *figuras de apego* nos proporcionan una *base segura*, que nos permite relajarnos, disfrutar y sentirnos capaces de explorar el mundo. Durante la primera infancia, la madre suele ser normalmente la base segura, pero a medida que crecemos se amplía al padre, los abuelos, los hermanos y hermanas y después a los amigos, quienes nos aportan camaradería y compañía así como seguridad.

Aunque todos hayamos disfrutado de cierta protección durante la infancia –y no hubiéramos llegado a sobrevivir sin ella– nuestras figuras de apego no siempre han sido fiablemente seguras. Algunas veces

nuestros progenitores mismos han estado deprimidos, distraídos, enfermos, intoxicados o no han estado disponibles. Esto puede conducir a un *apego inseguro*. En tales casos, podemos obtener cierta dosis de seguridad pero con un precio. Si tememos que nuestras figuras de apego arremetan verbal o físicamente contra nosotros, cautelosamente nos mantendremos a cierta distancia de ellos, y también podemos anidar sentimientos secretos de resentimiento que desahogaremos riñendo con otros –hermanos y hermanas o compañeros de estudios. Si nos preocupa que nuestros progenitores nos olviden, podemos aferrarnos a ellos, sacrificando nuestra capacidad para divertirnos, para hacer amigos, para ser autónomos y para explorar el mundo. Algunas veces, todo se hace tan confuso que no podemos encontrar ninguna vía confiable para sentirnos seguros, y nos retraemos en nosotros mismos y en un mundo de ilusión que nosotros mismos creamos.

La pérdida es otra experiencia humana universal. Lo perdido puede ser un animal de compañía, una familia sana, la muerte de un miembro próximo de la familia, un trabajo y con ello la sensación de merecimiento. El modo en que afrontamos la pérdida depende, en parte, de cuán seguros o inseguros hayan sido nuestros apegos. Las personas cuyos apegos fueron inseguros tienden a apagar sus sentimientos o, en el extremo opuesto, a sentirse superados por el dolor o la tristeza.

Un modo de reaccionar ante la pérdida o la amenaza de pérdida es con ira y con protesta. Una vez más, si hemos tenido apegos inseguros, podemos ser incapaces de expresar *ira apropiada* o *aseverarnos* a nosotros mismos cuando la ocasión así lo demande. O bien estalla nuestra ira o embotellamos nuestras emociones, dirigiendo la ira hacia nosotros mismos, lo que en ocasiones acaba con sentimientos de depresión.

Como adultos no prescindimos de nuestra necesidad de una base segura –seguimos necesitando de alguien a quien dirigirnos, hablar, o pedir que nos socorra en los momentos difíciles. También necesitamos hallar una base segura dentro de nosotros mismos –un pensamiento tranquilizante, creencias religiosas o políticas, una imagen o

actividad que nos reconforte cuando nos sintamos mal (por ejemplo, un baño caliente, nuestro libro favorito o una pieza de música, alguna comida o bebida). Y los adultos también necesitamos actividades de tiempo libre, intereses, alegría y placer, especialmente si podemos compartirlos con otros.

En teoría todo esto es veraz, pero en la práctica las relaciones distan mucho de ser positivas. Las personas nos decepcionan, abusan de nosotros, nos olvidan y son egoístas, no están ahí cuando las necesitamos o están ahí cuando no las necesitamos. Es fácil culpar a los demás, pero lo curioso es que somos, en parte, autores de nuestros propios problemas: parecemos estar inconscientemente atraídos por personas que coinciden con nuestra imagen previa del mundo. Nuestros mapas del mundo se basan en la navegación previa. Si nuestras figuras de apego de la infancia han favorecido la inseguridad, buscaremos tipos similares en la vida adulta. Si hemos sido rechazados en el pasado, esperaremos el rechazo futuro y, en consecuencia, evitaremos las relaciones cercanas o nos aferraremos a los seres queridos de un modo que puede llevarlos a alejarse de nosotros. Es como si dispusiéramos de una serie de propulsores o *botones*, creados a partir de la experiencia "externa" y de la expectativa "interna", que están esperando a ser activados.

Por último, variamos en la medida en que seamos capaces y nos inclinemos a hablar sobre nosotros mismos y nuestros sentimientos. Algunos lo evitan a toda costa, otros por el contrario no pueden dejar de hacerlo. Con todo, la investigación demuestra que la habilidad para reflexionar sobre la propia situación y para expresarse –usando palabras, imágenes o música– puede determinar la diferencia entre sobrevivir o sucumbir ante la adversidad. A esto se denomina *competencia autobiográfica* o *función reflexiva*. En terapia, esperamos encontrar un tema o *metáfora directiva* que surja de la historia vital de nuestros clientes y que se vincule conjuntamente con algunas de sus dificultades.

En esta terapia de diez sesiones, trataremos todos estos aspectos del funcionamiento psicológico y en particular los *seis dominios* de:

- La *base segura*– en uno mismo y con los demás.
- La *exploración*– alegría, placer y felicidad.
- La *pérdida*– y el modo en que la hemos afrontado.
- La *asertividad e ira apropiada*– frente a la rabia o la inhibición.
- Los *detonadores o botones*– qué es lo que acciona nuestros estados de depresión o preocupación.
- La *función reflexiva*– la habilidad para distanciarse de las dificultades y para pensar en ellas.

Tras una o dos sesiones iniciales de evaluación, el cliente alcanzará, junto con el terapeuta, una *formulación* que probablemente identificará dos o tres de estos dominios que sean particularmente relevantes para sus dificultades, y ambos comenzarán a trabajar sobre ellos. El objetivo general de la terapia es (a) comenzar a comprender el modo en que la sobrecargante necesidad de seguridad y auto-protección puede ser, en algunos casos, contraproducente y exponer al cliente a los mismos peligros que trata de evitar, y (b) comenzar a fortalecer su sentido del apego seguro, de modo que esté mejor equipado en el futuro para afrontar los problemas a los que nos enfrenta la vida cotidiana.

Base segura

Durante la infancia

- ¿A quién te dirigías cuando estabas angustiado, enfermo o cansado?
- ¿Por quién te sentías mejor comprendido durante la infancia?
- Adjetivos y episodios ilustrativos relativos a la madre y al padre (cinco por cada uno).
- ¿Cuál era la situación o momento que más te atemorizaba durante la infancia?
- ¿Cómo te reconfortabas cuando estabas asustado?

En la actualidad

- ¿Qué haces cuando estás enfermo, deprimido, preocupado o cansado?
- ¿A quién te diriges cuando estás molesto o preocupado?
- Describe una imagen, un pensamiento, música, etc. que sea reconfortante para ti.
- ¿Qué es lo que más temes?
- ¿Con quién te sientes más relajado y cómodo?
- ¿Te sientes alguna vez distanciado o desconectado de las personas?
- ¿Alguna vez sientes tanto temor a las personas que evitas su compañía?
- ¿Alguna vez sientes miedo a que ésos que son cercanos a ti te abandonen, y por lo tanto te aferras a ellos incluso cuando les resulte irritante?
- ¿Existe un patrón en tus relaciones cercanas –tú como mediador, el que siempre cede, el fuerte, el que encara los problemas, quien cuida del resto, quien se encarga de ganar las habichuelas, etc.?
- ¿En las relaciones cercanas tiendes a reconfortar o a ser reconfortado, u ocurre en ambas direcciones?

Exploración, alegría y compañía

Durante la infancia

- ¿Qué te resultaba divertido, excitante, alegre?
- ¿Cuál fue tu mayor aventura?
- ¿A quién asociabas con la alegría y la diversión?
- ¿Qué es lo que te interesaba hacer, por encima de todo?

En la actualidad

- ¿Qué significa para ti divertirte?
- ¿Cuáles son tus principales intereses?
- ¿A qué dedicas el tiempo libre?
- ¿Quién crees que sería la persona idónea con la que disfrutar de una aventura –la pareja, un familiar, amigos?
- ¿Qué es lo que te gustaría hacer si el dinero o los compromisos no interfirieran, por ejemplo, si recibieras una herencia o ganaras en la lotería?

Pérdida

Durante la infancia

- ¿Sufriste pérdidas, separaciones o duelos graves?
- En caso afirmativo, ¿cómo reaccionaste? ¿Lloraste? ¿Lo lamentaste? ¿Hablaste de tus sentimientos con una persona consoladora? ¿Desenchufaste?
- ¿Te has marchado de casa, o escondido, de modo que tus progenitores no supieran dónde estabas?

En la actualidad

- ¿Cuáles han sido las pérdidas más difíciles de tu vida adulta –duelos, rupturas de pareja/matrimonio, amigos, puestos de trabajo?
- ¿Cómo has afrontado y reaccionado ante las pérdidas?
- ¿Qué pérdida temes más y cómo crees que reaccionarías si se produjera?
- ¿Cuánto te cuesta expresar tus sentimientos cuando te sientes decepcionado, traicionado o privado de algo?

Protesta sana – ira y asertividad

Durante la infancia

- ¿Qué ocurría cuando te sentías triste o enfadado?
- ¿Quién tomaba en consideración estos sentimientos y te escuchaba?
- ¿Solías tener rabietas? En caso afirmativo, ¿qué las provocaba?
- ¿Eras capaz de decir "no" a las cosas que no querías?
- ¿Eras capaz de pedir lo que deseabas y esperabas, como mínimo, ser escuchado?

En la actualidad

- Describe un incidente o una anécdota en la que hayas sentido furia. ¿Qué ocurrió? ¿Qué hiciste?
- Si un amigo o la pareja hace algo que te molesta, ¿cómo reaccionas: ira abierta, con mal humor, callándote, con revancha secreta, sintiéndote desgraciado y no haciendo nada, etc.?
- ¿Eres capaz de pedir lo que deseas a las personas más cercanas?
- ¿Te sientes abandonado o decepcionado en alguna ocasión? ¿Cómo manejas esta situación?
- ¿La agresión ha sido causa de problemas serios para ti en alguna ocasión: ruptura de relaciones, problemas legales, etc.?
- ¿Te has sentido alguna vez despreciado, usado o abusado, por otras personas, especialmente por las más próximas?

Botones o estímulos (modelos internos de trabajo)

La mayoría de las personas afrontamos la vida razonablemente bien durante la mayor parte del tiempo. Pero igualmente, para muchos de nosotros, existen áreas de la vida –en las relaciones íntimas, o cuando debemos afanarnos en una tarea, o cuando se tuercen las cosas, o cuando conocemos a personas nuevas– que sabemos que suelen ser problemáticas. Muchas veces nos descubrimos cometiendo el mismo "error", o representando una escena excesivamente familiar, una y otra vez.

Estos puntos débiles o áreas de vulnerabilidad, pueden considerarse como una serie de "botones" o estímulos, que cuando se presionan, nos empujan hacia la dificultad. Los "botones" están orientados en dos direcciones, hacia nuestro mundo interior y hacia el mundo exterior. Se puede pensar en la faceta interior del botón como en posesión de una frase o eslogan que resume un problema o dificultad particular. La faceta exterior suele ser provocada por acontecimientos cotidianos ordinarios.

Por ejemplo, supongamos que muestras una tendencia hacia los estilos de apego "ambivalentes" y sientes mucha ansiedad cuando te aproximas a alguien por temor a que te abandone. Tu botón interno dispondrá de un eslogan del tipo a "No permitas perder de vista a las personas de las que dependes" o "los cuidadores son incoherentes". El botón externo podría decir "la pareja se aleja". Cuando por alguna razón simple se te separa de tu pareja, tu "botón" se presiona automáticamente y comienzas a sentir ansiedad y desesperación.

La idea que subyace a la terapia BABI es que estos "eslóganes" o presunciones internas fueron creados a partir de las experiencias de la infancia, y que ya han podido dejar de ser apropiadas para la vida adulta o incluso pueden convertirse en profecías auto-cumplidas. Si no puedes permitir perder de vista a tu pareja, es posible que en algún momento llegue a cansarse y puede comenzar a ser la persona incoherente de que le acusas. No sólo eso, estos eslóganes internos o "modelos internos de trabajo" nos llevan además a buscar las situaciones que nos son familiares, de modo que acabamos escogiendo

parejas y amigos cuyas conductas nos son familiares desde el pasado o, más probablemente, en base a la cara interna de nuestros botones, a quienes *vemos* decepcionándonos, independientemente de la conducta real que muestren.

Durante la infancia

- Describe dos o tres recuerdos claves de episodios que sobresalgan como típicos de ti mismo o de tu familia –una fiesta familiar, tu primer día en el centro escolar, Navidades.

En la actualidad

- Describe una situación que tipifique tu dificultad presente. Asegúrate de incluir cómo te comportas, cómo se comportan los demás contigo y cómo reaccionas ante esas reacciones.
- Dibuja un "botón" típico tuyo y trata de pensar en el eslogan que se adaptaría a las facetas interna y externa.

Función reflexiva y competencia autobiográfica

Durante la niñez

- ¿Cómo hubieras dibujado o descrito a tu familia y a tu persona? Elabora un dibujo de ellos tal y como lo hubieras hecho a lo 5 y a los 10 años de edad.
- ¿Cómo hubieras descrito un acontecimiento familiar como unas vacaciones, un cumpleaños o un funeral?
- ¿Quién era (es) tu famoso favorito (estrella de pop, figura del deporte, figura histórica, etc.)? ¿Qué de especial hallabas/hallas en ellos?

En la actualidad

- Describe un recuerdo feliz y uno triste de tu infancia.
- Trae algunas de tus fotografías y de tus familiares y habla de ellas.
- Trae a la sesión alguna pieza favorita de música y explica el sentido que tiene para ti.
- Menciona tus esperanzas para tu futuro y el de tus familiares.
- Describe un día típico de tu vida. ¿Qué es lo que te proporciona alegría y disfrute? ¿Qué te aburre, deprime o preocupa?
- Piensa en tu estilo al pensar en tu propia persona. ¿Eres el tipo de persona que "preferiría no pensar en ello", o eres alguien que "no puede dejar las cosas tal cual"?
- Si la terapia fuera satisfactoria, ¿en qué cambiarían las cosas de tu vida? Describe un día, semana o acontecimiento típico esperado.

Objetivos y métodos BABI

BABI es una terapia integradora que se basa en muchas tradiciones y técnicas psicoterapéuticas. Los objetivos de BABI se sintetizan del siguiente modo:

- Aprender a sentirse más cómodo en situaciones de intimidad y proximidad.
- Aprender a tolerar la soledad más fácilmente.
- Ser más capaz, cuando así se necesite, de recurrir a la seguridad que te proporcionan ésos en quienes confías.
- Descubrir la fortaleza interna a la que puedes recurrir cuando la necesites.
- Aprender a pedir lo que deseas y a negar lo que no quieras.
- Hacer saber a los demás tus sentimientos, especialmente los difíciles como la ira y la decepción.
- Ser capaz de disfrutar en compañía de los amigos y familiares de confianza.
- Ser capaz de sentirse apropiadamente triste ante las pérdidas y decepciones de la vida.
- Para conocerte mejor, especialmente las vulnerabilidades.
- Hallar formas alternativas de afrontamiento cuando estas vulnerabilidades han sido provocadas por los altibajos de la vida cotidiana.
- Reconocer el propio "estilo de apego" típico –evitativo, ambivalente o desorganizado.
- Aprender a hablar sobre uno mismo y sobre la propia vida de un modo que tenga sentido, haga justicia a los propios logros y fracasos, y describa las formas en que se haya sido decepcionado o perjudicado por los demás, y mediante las que uno mismo haya decepcionado o perjudicado a los otros.
- Llegar a aceptar que en cada uno de nosotros hay una parte "infantil" que necesita seguridad y protección si hemos de tener alegría y hemos de crecer.

Los métodos BABI incluyen:

- Indagar en detalle las seis diferentes áreas que contribuyen a una sensación de self segura.
- Realizar la "tarea para casa" vinculada a las diferentes áreas, por ejemplo, buscar fotografías de la familia y traerlas a las sesiones, realizar dibujos de uno mismo y de los propios "botones" o lamentar las pérdidas pasadas.
- Acudir regularmente a las sesiones e informar previamente al terapeuta cuando no se pueda asistir.
- Buscar en detalle los diferentes incidentes y anécdotas que surjan en el transcurso de la terapia y tratar de comprender el modo en que la búsqueda de seguridad ha influido en las propias reacciones y en las de los demás.
- Pensar en uno mismo en relación al terapeuta, y al modo en que los sentimientos y conductas derivados de acudir a terapia puedan ser ilustrativos de cómo uno reacciona en otras situaciones íntimas.

Referencias bibliográficas

ADAMS, D. (1978) *Hitchhiker's Guide to the Galaxy.* Londres: Viking.

AINSWORTH, M. (1989) "Attachments beyond infancy". En *American Psychologist, 44,* 706-716.

ÁLVAREZ, A. (1992) *Live Company.* Londres: Routledge.

AUDEN, W. H. (1962) "Spain", en *Collected Poems.* Londres: Faber.

BALINT, M. (1979) *The Basic Fault.* Londres: Routledge.

BATEMAN, A. (1998) "On 'thin' and 'thick-skinned' narcissism". En *International Journal of Psychoanalysis,* 79, 13-28

BATEMAN, A. y HOLMES, J. *(1995) Introduction to Psychoanalysis: Contemporary Theory and Practice.* Londres: Routledge.

BEEBE, B. y LACHMAN, E. (1988) "Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure". En A. GODBNERG (ed.) *Frontiers in Self-Psychology.* Hillsdale, Ni: Analytic Press.

BELL, D. (1992) "Hysteria - a contemporary Kleinian perspective". En *British Journal of Psychotherapy, 9,* 169-80.

BELSKY, J. (1993) "Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis". En *Psychological Bulletin, 1* 14, 413-34.

BION, W. (1962) *Lear Experience.* Londres: Routledge.

BLATT, S. y BEHREI 1987) "Internalisation, separation-individuation, and the nature of therapeutic action". *En International Journal of Psychoanalysis, 68,* 279-97.

BLOOM, A. (1997) *The Anxiety of Influence.* Oxford: Oxford University Press.

BOLLAS, C. (1987) *The Shadow of the Object.* Londres: Free Association Books

BOLLAS, C. (1992) *Being a Character.* Londres: Routledge.

BOLLAS, C. (1995) *Cracking Up.* Londres: Routledge.

BOWLBY, J. (1988) A *Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory.* Londres: Routledge.

BOTTOMORE, T. y REUBEL, M. (1963) *Karl Marx: Selected Writings*. Londres: Penguin.

BRENNAN, K.; CLARK, C. y SHAVER, P. (1998) "Self-report measures of adult attachment: an integrative overview". En J. SIMPSON y S. RHOLES (eds.) *Attachment Theory and Close Relationships*. Nueva York: Guilford Press.

BRETHERTON, I. (1999) "Updating the 'internal working model' construct: some reflections". En *Attachment and Human Development,* 3, 343-54.

BRITTON, R. (1998) *Belief and Imagination*. Londres: Routledge.

BRITTON, R. (1999) "Getting in on the act: the hysterical solution". En *International Journal of Psychoanalysis,* 80, 1-14.

BRITTON, R.; FELDMAN, M. y O'SHAUNESSY, E. (1989) *The Oedipus Complex Today*. Londres: Karnac Books.

BROCKMELER, J. (1997) "Autobiography, narrative, and the Freudian conception of life history". En *Philosophy, Psychiatry, Psychology, 4,* 189-201.

BRUNER, J. (1986) *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

BYNG-HALL, J. *(1995) Rewriting Family Scripts*. Londres: Guilford Press.

CAMPLING, P. y HALGH, R. (eds.) (1999) *Therapeutic Communities*. Londres: Sage.

CAPER, R. (1999) A *Mind of Ones Own*. Londres: Routledge.

CASEMENT, P. (1 985) *On Learning from the Patient*. Londres: Tavistock.

CASSIDY, J. y SHAVER, P. (1999) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. Nueva York: Gullford Press.

CHISHOLM, J. (1996) "The evolutionary ecology of attachment organisation". En *Human Nature,* 7, 1-38.

CHOMSKY, N. (1 9 72) *Language and Mind*. Nueva York: Harcourt Brace.

CONRAD, J. (1912/1994) *The Heart of Darkness*. Londres: Penguin.

CRITS-CHRISTOPH, P.; COOPER, A. y LUBORSKY, L. (1988) "The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy". En *Journal of Counselling and Clinical Psychology, 56,* 490-95.

DAWKNS, R. (1976) *The Selfish Gene*. Oxford: Oxford University Press.

DE ZULUETA, E. (1993) *From Pain to Violence*. Londres: Whurr.

DICKENS, C. (1861/1994) *Great Expectations* (editado por M. Cardwell). Oxford: Oxford University Press.

DISMACIO, D. (1994) *Descartes Error*. Nueva York: Basic Books.

DOLAN, B.; WARREN, E.; MENZIES, D. y NORTON, K. (1996) "Cost-offset following specialised treatment of severe personality disorders". En *Psychiatric Bulletin, 20,* 413-17.

DOZIER, M.; CUE, K y BARNETT, L. (1994) "Clinicians as caregivers: role of attachment organisation in treatment". En *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 793-800.

ELIOT, T.S. (1952) *Four Quartets*. Londres: Faber.

ELKIN, I. (1994) "The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are". En S. GAFFIELD y A. BERGIN (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change,* 4º ed. Chichester: Wiley.

ERIKSON, E. (1968) *Identity, Youth and Crisis.* Nueva York: Norton.

FAIRBAIRN, W. (1952) *Psychoanalytic Studies of the Personality.* Londres: Hogarth Press.

FENICHEL, O. (1946) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* Londres: Routledge.

FERENCZI, S. (1952) *First Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis.* Londres: Hogarth Press.

FLINT, K. (1994) "Introduction". En C. Dickens, *Great Expectations.* Londres: Penguin.

FISHER-MAMBLONA, H. (2000) "On the evolution of attachment-disordered behaviour". En *Attachment and Human Development,* 2, 8-21.

FITZGERALD, E. (1926/2000) *The Great Gatsby.* Londres: Abacus.

FONAGY, P. (1991) "Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient". En *International Journal of Psychoanalysis,* 72, 639-56.

FONAGY, P. (1997) "An attachment theory approach to the treatment of the difficult patient". En *Bulletin of the Menninger Clinic,* 62, 147-69.

FONAGY, P (1999a) "Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research". En J. CASSIDY y P. SHAVER (eds.) *Handbook of Attachment. Nue*va York, Guilford Press.

FONAGY, P. (1999b) *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis.* Londres: International Psychoanalytic Association.

FONAGY, P. (2001) *Psychoanalysis and Attachment Theory.* Londres: Karnac.

FONAGY, P.; STEELE, M.; STEELE, H.; LEIGH, T. et al. (1995) "Attachment the reflective self, and borderline states: the predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development". En S. GOLDBERG, R. MUIR y J. KERR (eds.) *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Significance.* Hillsdale, Nj: Analytic Press.

FONAGY, P. y TARGET, M. (1 996) "Playing with reality". En *International Journal of Psychoanalysis,* 77, 217-34.

FONAGY, P. y TARGET, M. (2000) "Playing with reallty 11: the persistence of dual psychic reality in borderline personality disorder". En *International Journal of Psychoanalysis,* 81, 853-74.

FRAIBERG, S.; ADELSON, E. y SHAPIRO, V. (1975) "Ghosts in the nursery: a psychoanalytlc approach to impaired infant-mother relationships". En *Journal of the American Academy of Child Psychology,* 14, 387-422.

FREUD, A. (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence.* Londres: Hogarth Press.

FREUD, S. (1896) "The aetiology of hysteria". En *Standard Edition,* Vol. 3. Londres: Hogarth Press.
FREUD, S. (1911) "Formulations on the two principles of mental functioning". En *Standard Edition,* Vol. 12. Londres: Hogarth Press.
FREUD, S. (1913) "On beginning the treatment". En *Standard Edition,* Vol. 9. Londres: Hogarth Press.
FREUD, S. (1917) "Mourning and melancholia". En *Standard Edition,* Vol. 14. Londres: Hogarth Press.
FREUD, S. (1923) "The Ego and the Id". En *Standard Edition,* Vol. 19. Londres: Hogarth Press.
FREUD, S. (1928) "Dostoyevsky and Parricide". En *Standard Edition,* Vol. 21. Londres: Hogarth Press.
FREUD, S. (1937b) "Constructions in analysis". En *Standard Edition,* Vol. 23. Londres: Hogarth Press.
GABBARD, G. (1995) "Countertransference: the emerging common ground". En *International Journal of Psychoanalysis,* 76, 475-86.
GARFIELD, S. (1994) "Research on client variables in psychotherapy". En S. GARFIELD y A. BERGIN (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change,* 4º ed. Chichester: Wiley.
GARLAND, C. (ed.) (1998) *Understanding Trauma: A Psychoanalytic Perspective.* Londres: Butterworth.
GERGELY, G. y WATSON, J. (1996) "The social biofeedback theory of parental affect-mirroring". En *International Journal of Psychoanalysis, 77,* 1 81-212.
GILBERT, P. (1997) "The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy". En *British Journal of Medical Psychology,* 70, 113-47.
GREENBERG, J. y MITCHELL, S. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
GREENE, G. (1955) *The Quiet American.* Londres: Penguin.
GUNDERSON, J. y SABO, A. (1993) "The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD". En *American Journal of Psychiatry, 150,* 19-27.
HAYNES, J. y WIENER, J. (1996) "The analyst in the counting house: money as symbol and reality in analysis". En *British Journal of Psychotherapy, 13, 14-25.*
HEARD, D. y LAKE, B. (1986) "The attachment dynamic in adult life". En *British Journal of Medical Psychology,* 149, 430-38.
HEARD, D. y LAKE, B. (1997) *The Challenge of Attachment for Care-Giving.* Londres: Routledge.
HERMAN, J.; PERRY, C. y KOLK, B. (1989) "Childhood trauma in borderline personality disorder". En *American Journal of Psychiatry,* 146, 490-95.

HESSE, E. (1999) "The Adult Attachment Interview: historical and current perspectives". En J. CASSIDY y P. SHAVER (eds.) *Handbook of Attachment*. Londres: Guilford Press.

HOBSON, P. (1993) *Autism and the Development of Mind*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

HOBSON, P. y PATRICK, M. (1998) "Objectivity in psychoanalytic judgement". En *British Journal of Psychiatry,* 173, 172-7.

HOFER, M. (1995) "Hidden regulators: implications for a new understanding of attachment, separation and loss". En S. GOLDBERG, R. MUIR y J. KERR (eds.) *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives. Hillsdale, NJ: Analytlc Press.*

HOLMES, J. (1992) *Between Art and Science: Essays in Psychiatry and Psychotherapy.* Londres: Routledge.

HOLMES, J. (1993*) John Bowlby and Attachment Theory.* Londres: Routledge.

HOLMES, J. (1996) *Attachment, Intimacy, Autonomy: Using Attachment Theory in Adult Psychotherapy.* Northville, Nj: jason Aronson.

HOLMES, J. (2001) *Narcissism.* Londres: Icon Books.

HOLMES, J. y LINDLEY, R. (1998) *The Values of Psychotherapy,* 2ª ed. Londres: Karnac.

HOROWITZ, M.; MARMAR, C. y WEISS D. (1984) "Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relation of process to outcome". En *Archives of General Psychiatry, 41,* 438-48.

HORVATH, A. y SYMONDS, D. (1991) "Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-anaylsis". En *Journal of Counselling Psychology,* 38, 139-49.

HOWARD, G. (1991) "Culture tales: a narrative approach to thinking, cross-cultural psychology and psychotherapy". En *American Psychologist,* 46, 187-97.

HOWARD, K.; KOPTA, S.; KRAUSE, M. y ORLINSKY, D. (1986) "The dose-effect re-lationship in psychotherapy". *American Journal of Psychiatry,* 146, 775-8.

HUMPHREY, N. (1984) *Consciousness Regained.* Oxford: Oxford University Press.

INSEL, T. (1997) "A neurobiological basis of social attachment". En *Ame+rican Journal of Psychiatry, 154,* 726-35.

JAMES, H. (1890) *Principles of Psychology.* Nueva York: Holt.

JONES, E. (1916) *Papers in Psychoanalysis.* Londres: Hogarth.

JOYCE, A. (1992) Assessing the correspondence of interpretation with the therapist's inicial formulation. Paper presented at the *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research,* Berkeley, CA.

KIPLING, R. (1939) *Sixty Poems.* Londres: Hodder & Stoughton.

KLEIN, M. (1986) En J. MITCHELL (ed.) *The Selected Melanie Klein.* Londres: Penguin.

KOHON, G. (1986) *The British School of Psychoanalysis: The Independent Tradition.* Londres: Free Association Books.
KRIS, E. (1956) On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis,* 37, 445-55.
LACAN, J. (1977) *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis* (translated by A. Sheridon). Londres: Hogarth.
LEAR, J. (1998) *Open Minded: Working Out the Logic of the Soul.* Cambridge, MA. Harvard University Press.
LEAVIS, E. (1975) *The Living Principle.* Londres: Chatto.
LEIMAN, M. (1995) "Early development". En A. RYLE (ed.) *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice.* Chichester: Wiley.
LINDSAY, D. y READ, J. (1994) "Psychotherapy and memories of childlhood sexual abuse: a cognitive perspective". En *Applied Cognitive Psychology,* 8, 281-338.
LINEHAM, M.; HEAD, H. y ARMSTRONG, H. (1993) "Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients". En *Archives of General Psychiatry, 50,* 971-4.
LLEWELLYN, S. (1988) "Psychological therapy as viewed by clients and therapists". En *British Journal of Clinical Psychology,* 27, 223-37.
LOFTUS, E. (1993) "The reality of repressed memories". En *American Psychologist, 48,* 518-37.
LUBORSKY, L. (1984) *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy.* Nueva York: Basic Books.
MAHLER, M.; PINE, E. y BERGMAN, A. (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant.* Londres: Hutchinson.
MAIN, M. (1995) "Recent studies in attachment: overview with selected implications for clinical work". En S. GOLDBERG, R. MUIR y J. KERR (eds.) *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.
MAIN, M. y GOLDWYN, S. (1995) "Interview based adult attachment classification: related to infant-mother and infant-father attachment". En *Developmental Psych*ology, 19,227-39.
MALAN, D. (1976) *The Frontier of Brief Psychotherapy.* Nueva York: Plenum Press.
MALLINCKRODT, B. (2000) "Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy". En *Psychotherapy Research, 10,* 239-66.
MARGISON, E. (2001) "Psychodynamic-interpersonal therapy". En J. HOLMES y A. BATEMAN (eds.) *Integration in Psychotherapy.* Oxford: Oxford University Press.
MEARES, R. (1993) *The Metaphor of Play.* Northville, NJ: Jason Aronson.
MEINS, E. (1999) "Sensitivity, security and internal working models: bridging the transmission gap". En *Attachment and Human Development,* 3, 325-42.

MERTEN, J. (1996) "Emotional experience and facial behaviour during the psychotherapeutic process and its relation to treatment outcome: a pilot study". En *Psychotherapy Research, 6,* 198-212.

MITCHELL, S. (1998) "Attachment theory and the psychoanalytic tradition: reflections on human relationality". En *British Journal of Psychotherapy, 15,* 177-93.

MONEY-KYRLE, R. (1971) "The aim of psychoanalysis". En *Collected Papers of Roger Money-Kyrle* (editado por D. Meltzer). Srath Tay, Perthshlre: Clunie Press.

MULLEN, P.; ROMANS-CLARKSON, S.; WALTON, V. y HERBISON, P. (1993) "Impact of sexual and physical abuse on women's mental health". En *Lancet,* 344, 841-5.

NESSE, R. (1990) "The evolutionary functions of repression and the ego defenses". En *Journal of the American Academy of Psychoanalysis,* 18, 260-85.

OGDEN, T. (1997) *Reverie and Interpretation.* Northville, NJ: Jason Aronson.

ORLINSKY, D.; GRAWE, K. y PARKS, B. (1994) "Process and outcome in psychotherapy - noch einmal". En A. BERGIN y S. GARFIELD (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change.* Chichester: Wiley.

PARSONS, M. (1986) "Suddenly finding it really matters: the paradox of the analyst's non-attachment". En *International Journal of Psychoanalysis,* 76, 475-88.

PEDDER, J. (1982) "Failure to mourn and melancholia". En *British Journal of Psychiatry,* 41, 327-37.

PEDDER, J. (1988) "Termination reconsidered". En *International Journal of Psychoanalysis, 69, 495-505.*

PIAGET, J. (1954) *The Construction of Reality in the Child.* Nueva York: Basic Books.

POOLE, D.; LINDSAY, D.; MEMON, A. y BULL, R. (1995) "Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: US and British practitioners' opinions, practices and experiences". En *Journal of Counselling and Clinical Psychology,* 63, 42-57.

RACKER, H. (1968) *Transference and Countertransference.* Londres: Karnac (reprint).

REIK, T. (1922) *The Inner Eye of a Psychoanalyst.* Londres: Allen & Unwln.

RILKE, R. (1994) *Selected Poems*. Londres: Penguin.

ROBERTS, G. y HOLMES, J. (1998) *Healing Stories: Narrative in Psychiatry and Psychotherapy.* Oxford: Oxford Universlty Press.

ROSENBLUM, P. (1994) "Adverse early experiences affect noradrenergic and serotonergic functioning in adult primates". En *Biological Psychiatry,* 3, 221-7.

ROTH, A. y FONAGY, P. (1996) *What Works for Whom?* Londres: Guilford Press.

ROTH, P. *(1969) Portnoys Complaint*. Londres: Cape.
RYCROFT, C. (1985) *Psychoanalysis and Beyond*. Londres: Chatto.
RYLE, A. (1995) *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
SANDLER, J. y SANDLER A.-M. (1994) "The past unconscious, the present unconscious, and interpretations of the transference". En *Psychoanalytic Inquiry,* 4, 367-99.
SCHACTER, D. (1992) "Understanding implicit memory: a cognitive neuroscience approach". En *American Psychologist,* 47, 559-69.
SCHAFER, R. (1992) *Retelling a Life: Narration and Dialogue in Psychoanalysis*. Nueva York: Basic Books.
SCHANK, R. (1982) *Dynamic Memory: A Theory of Reminding and Learning in Computers and People*. Cambridge: Cambridge University Press.
SCHORE, A. (1997) "Neurobiology and psychoanalysis". En M. MOSCOWITZ (ed.) *The Neurobiological and Developmental Basis of Psychotherapeutic Intervention*. Northville, NJ: Jason Aronson.
SEGAL, H. (1991) *Dream, Phantasy, Art*. Londres: Routledge.
SHAPIRO, D. (1995) "Finding out how psychotherapies help people change". En *Psychotherapy Research, 5,* 1-21.
SLADE, A. (1999) "Attachment theory and research: implications for the theory and practice of psychotherapy with adults". En J. CASSIDY y P. SHAVER (eds.) *Handbook Of Attachment*. Londres: Guilford Press.
SLAVIN, B. y KRIEGMAN, M. (1992) *The Adaptive Design of the Human Psyche*. Nueva York: Academic Press.
SPENCE, D. (1982) *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*. Nueva York: Norton.
STEINER, J. (1989) The aim of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychotherapy, 4,* 109-20.
STERN, D. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. Nueva York: Basic Books.
STILES, W., ELLIOTT, R. y LLEWELYN, S. (1990) "Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy". En *Psychotherapy,* 27, 411-20.
STRUPP, H. (1993) "The Vanderbilt studies: a synopsis". En *Journal of Clinical and Counselling Psychology,* 61, 431-3.
STYRON, T. y JANOFF-BULMAN, R. (1997) "Childhood attachment and abuse: longterm effects on adult attachment, depression and conflict resolution". En *Child Abuse and Neglect,* 21, 1015-23.
SYMINGTON, N. y SYMINGTON, J. *(1996) The Clinical Thinking of Wilfred Bion*. Londres: Routledge.
TEASDALE, J. (1999) "Functional MRI study of the cognitive generation of affect". En *American Journal of Psychiatry,* 156, 209-15.

TEASDALE, J.; SEGAL. Z. y WILLIAMS, M. (1995) "How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?". En *Behavioural Research and Therapy,* 33, 25-39.

TREVARTHEN, C. (1984). "Emotions in infancy". En K. SCHERER y P. EKMAN (eds.) *Approaches to Emotion.* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

TULVING, E. (1985) "How many memory systems are there?". En *American Psychologist,* 40, 385-98.

VALLIANT, G. (1993) *The Wisdom of the Ego.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

VAN DE KOLK, B. y FISLER, R. (1996) "Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview". *British Journal of Psychotherapy,* 12, 352-61.

VAN IJZENDOORM, M. y SAGI, A. (1999) "Cross-cultural patterns of attachment: universal and contextual dimensions". En J. CASSIDY y P. SHAVER (eds.) *Handbook of Attachment.* Londres: Guilford Press.

VIINNAMAKI, H. (1998) "Change in monoamine transported density related to clinical recovery". En *Nordic Journal of Psychiatry,* 52, 39-44.

VYGOSTSKY, L. (1962) *Thought and Language.* Cambridge, MA: MIT Press.

VYGOSTKY, L. (1978) *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

WALLERSTEIN, R. (1986) *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy.* Nueva York: Guilford Press.

WALLERSTEIN, R. (1992) *The Common Ground of Psychoanalysis.* Northvllle, NJ: Jason Aronson.

WHITE, M. y EPSTON D. (1990) *Narrative Means to Therapeutic Ends.* Nueva York: Norton.

WILLIAMS, M. y WADELL, M. (1991) *The Chamber of Maiden Thought.* Londres: Routledge.

WINNICOTT, D. (1958) "The capacity to be alone". En *International Journal of Psychoanalysis,* 39, 416-20.

WINNICOTT, D. (1965) *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* Londres: Hogarth Press.

WINNICOTT, D. (1967) "Mirror-role of mother and family in child development". En P. LOMAS (ed.) *The Predicament of the Family.* Londres: Hogarth Press.

WINNICOTT, D. (1971) *Playing and Reality.* Londres: Penguin.

WOLFF, H. (1971) "The therapeutic and developmental functions of psychotherapy". En *British Journal of Medical Psychology,* 44, 117-30.

Índice de materias

Abandono, 159
Abuso, 44, 159
Abuso emocional, 159
Abuso físico, 159
Abuso sexual, 159, 161
Acomodación, 115
Afecto, 16
Agresión sana, 147
Alianza terapéutica, 39, 82
Alienación, 22
Ambivalencia, 164
Amnesia infantil, 169
Amnesia traumática, 152
Angustia psicológica, 35
Anomia, 22
Ansiedad ante la pérdida, 224
Ansiedad de la influencia, 43
Apego, 16
Apego ambivalente, 205
Apego inseguro, 36, 52, 144
Apego seguro, 17, 144, 231
Apego y pérdida, 225
Apego desorganizado, 19
Aptitud negativa, 150
Arte, 179, 184
Arte en la terapia, 184
Asimilación, 115
Auto-conocimiento, 18
Auto-estima, 17, 30, 50, 79
Autonomía, 19
BABI – terapia breve basada en el apego, 233, 254
Base segura, 17, 25, 48, 73, 223, 225
Base segura patológica, 207
Capacidad reflexiva, 182
Ciencia de la inmunología, 15
Ciencia de la narrativa, 140
Competencia autobiográfica, 175
Competencia narrativa, 20, 24, 37
Conductas de apego, 49
Conflicto intrapsíquico, 54
Constricciones, 136
Contención, 78
Contexto narrativo, 149
Contratransferencia "complementaria", 227
Contratransferencia "concordante", 227
Crisis de apego, 68
Debriefing psicológico, 86

Defensa, 15, 19
Defensas del carácter, 216
Dependencia, 21
Depresión, 46
Desafío, 40
Desarrollo normal y anormal, 56
Diálogo interior, 121, 122, 142
Diálogo social, 121
Dificultades interpersonales, 103, 108
Dinero y psicoterapia, 199
Disociación, 170
Empatía, 21
Enfermedades auto-inmunes, 17
Entrenamiento en asertividad, 33
Entrevista de Apego Adulto (EVA), 26, 28, 38, 54, 67
Equivalencia simbólica, 182
Estado de mente adulto, 26
Estilo de apego ambivalente, 70
Estilo de apego evitativo, 68
Estilo narrativo, 67, 115, 120, 229
Estrategias de escucha, 67
Estrés, 46
Evitación, 162
Exclusión defensiva, 35
Éxito interpersonal, 31
Experiencia cruda, 143
Exploración, 19, 31
Falta básica, 93
Finalidades del paciente, 77
Finalidades terapéuticas, 77
Finalización, 211, 220
Finalización y pérdida, 220
Fraccionamiento, 49
Función reflexiva, 20, 37, 55, 81, 127, 143, 172
Funcionamiento interpersonal efectivo, 79
Histeria, 172
Histeria clásica, 170
Honorarios, 204
Identificación, 115, 224
Identificación con el objeto perdido, 225
Identificación proyectiva, 73, 122
Inconsciente, 114
Inconsciente activo, 50, 62
Inconsciente automático, 50, 62
Individualismo, 22
Inmunización pasiva, 78
Insight, 78, 81, 82
Instinto de muerte, 95
Interpretación de la transferencia, 108
Intersubjetividad primaria, 58
Intersubjetividad secundaria, 122
Ira, 32, 70
LAD, Language Adquisition Device, 114
Logro secundario, 166
Maduración, 171, 223
Mecanismos de defensa, 18, 49
Meme, 113
Memoria, 159, 168, 171
Memoria episódica, 169, 172
Memoria procedimental, 169
Memoria semántica, 169
Memorias explícitas o episódicas, 36
Memorias implícitas o procedimentales, 35
Memorias nodales, 147
Metáfora del dinero, 204
Mentalización, 24
Mente pensante, 42
Modelo interactivo o interpersonal, 118
Modelos de cambio, 84
Modelos evolutivos de finalización, 223
Modelos internos de trabajo, 35, 123, 250
Muerte, 224
Narraciones evitativas, 62
Narrativa, 110, 120, 135, 144
Negación del dinero, 206
Neurobiología, 45
Nueva experiencia, 78
Objetivos de proceso, 76

Objetivos específicos relativos a resultados, 76
Objetivos estructurales, 76
Pacientes límites, 65
Paradoja, 88
Pasado consciente, 79
Patrones de apego, 32, 66, 67
Pensamiento metafórico, 181
Pérdida, 34, 222
Persona evitativa, 70
Práctica clínica, 65
Práctica del apego, 38
Presente consciente, 79
Protesta, 32, 163
Proximidad emocional, 39
Proyecto genoma, 113
Psicoanálisis, 44
Psicología evolutiva, 57
Psicopatología evolutiva, 60
Psicoterapia dinámica, 223
Psicoterapia psicoanalítica, 45
Reflejo maternal, 119
Regresión benigna, 96
Regresión maligna, 96
Regulación del afecto, 16
Relación de confianza, 23
Relaciones adultas, 25, 30, 35
Reparación de las rupturas, 33
Representación, 31, 35, 78, 143, 182, 194
Represión, 49, 52, 152
Represión activa, 21
Rol del terapeuta, 154
Salud psicológica, 147
Seguridad emocional, 42
Seguridad física, 16
Self autobiográfico, 123
Self narrativo, 119
Sensación del self, 57
Separación, 222
Sexualidad infantil, 80
Simbolización, 180
Síndrome del falso recuerdo, 173
Síntomas, 142
Sintonización, 39, 58, 89
Sistema inmunológico, 17
Sistema inmunológico psicológico, 15
Situación del Extraño, 26, 28, 163
Sublimación, 181
Supervivencia psicológica, 20
Teoría de las relaciones de objeto, 44
Teoría del apego, 23, 44
Teoría relacional, 94
Terapia cognitivo-conductual, 18
Terapia sistémica, 108
Terminación, 224
Transferencia, 95, 128, 146
Transmisión intergeneracional, 55, 113, 124
Trastorno límite de personalidad, 46
Trastorno por estrés postraumático, 86, 165
Trastorno psicótico, 17
Trastorno severo de personalidad, 66
Trastornos alimentarios, 162
Trastornos auto-inmunes, 18
Trauma, 36, 44, 152, 159, 165
Triángulo del apego, 29
Universo lingüístico, 114
Vías evolutivas, 55
Vínculo de apego, 16, 47
Vocación, 210
Vulnerabilidad, 21, 55, 218, 222
Vulnerabilidad psicológica, 55
Zona de desarrollo próximo, 118
Zona interna de Base Segura, 27

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joceph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.

49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFICTOS, por Thomas J. D´Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.

85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por Mª Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.

117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterpia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.

148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de RGM, S.A., en Urduliz,
el 8 de abril de 2009.

¿Cómo puede facilitar la teoría del apego la práctica psicoterapéutica? En las últimas décadas se ha extendido la aceptación e interés por la teoría del apego. Sin embargo, nunca se ha visto con mucha nitidez la relevancia de la misma para la práctica clínica. Con ayuda del presente libro, el apego se convierte por primera vez en una modalidad terapéutica por sí misma.

En este libro se presenta un nuevo e interesante paradigma del apego para la psicoterapia con adultos, describiendo los principios y la práctica de la terapia basada en el apego de un modo que será útil tanto para los terapeutas experimentados como para los principiantes. Sobre la base de los hallazgos científicos de la teoría e investigación del apego, Jeremy Holmes identifica las áreas en las que opera, incluyendo la base segura, la exploración y el placer, la ira y la protesta y la pérdida. Las técnicas terapéuticas incluyen la aportación de una base segura, métodos de escucha y respuesta, la facilitación de un sentido emergente y la práctica reflexiva. El autor presenta una amplia gama de ejemplos para ilustrar estas técnicas y comenta aspectos como la falta básica, la transmisión intergeneracional de la inseguridad del apego y el trabajo con clientes víctimas de trauma y abusos. Finalmente, considerando la terapia basada en el apego como una variante de las relaciones de objeto, en este libro se propone una aproximación entre el psicoanálisis y la teoría del apego.

Las ideas presentadas en el libro serán de utilidad para los profesionales y estudiantes de Psicoterapia, Psicoanálisis, Psiquiatría, Psicología, Terapia, Asistencia Social y Enfermería.

Jeremy Holmes es psicoterapeuta en North Devon y Profesor de Psicoterapia en la Universidad de Exeter, así como miembro del Departamento de Psicoterapia del Colegio Real de Psiquiatría. Es además autor de más de 100 artículos, así como de otros 10 libros.

ISBN: 978-84-330-2313-1
9 788433 023131
www.edesclee.com

biblioteca de psicología